



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**VIVENCIANDO A ASSISTÊNCIA AOS
CLIENTES COM PROBLEMAS
ORTOPÉDICOS: UMA EXPERIÊNCIA
FUNDAMENTADA NA TEORIA DE
DOROTHEA OREM**

**ANALISE CELSO
MILENA PEREIRA**

**FLORIANÓPOLIS
2003**

ANALISE CELSO
MILENA PEREIRA

VIVENCIANDO A ASSISTÊNCIA AOS CLIENTES COM PROBLEMAS ORTOPÉDICOS: UMA EXPERIÊNCIA FUNDAMENTADA NA TEORIA DE DOROTHEA OREM

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado
à Disciplina Enfermagem Assistencial
Aplicada do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Santa Catarina, para obtenção do título de
Enfermeiro.

Orientadoras: Prof^ª Dra Francine Lima Gelbcke
Prof^ª Dda Kenya Schmidt Reibnitz

Supervisoras: Enf^ª Viviane Roque Barcellos Gomes
Enf^ª Sandra Regina Clara Nepomoceno Pinto

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0418
Ex.1

N.Cham. TCC UFSC ENF 0418

Autor: Celso, Analise

Título: Vivenciando a assistência aos cl



Ac. 241778

972491764

Ex.1 UFSC BSCSM CCSM

FLORIANÓPOLIS
2003

AGRADECIMENTOS

A Deus, presente em todos os dias de nossas vidas, pela inspiração, fortaleza e sabedoria, grande companheiro e amigo de todos os momentos.

A nossas professoras orientadoras Francine Lima Gelbcke e Kenya Schmidt Reibnitz, que acreditaram na nossa capacidade e guiaram os passos deste trabalho, pelo apoio, paciência, estímulo e confiança. Sem a ajuda de vocês nós não chegaríamos até aqui!

A professora Maria Bettina de Camargo Bub, pela disposição em participar da Banca de Exame de nosso trabalho, pelas idéias, sugestões e ensinamentos.

A nossas supervisoras Viviane Roque Barcellos Gomes e Sandra Regina Clara Nepomoceno Pinto, pela receptividade, atenção e disponibilidade em nos acompanhar nesta trajetória.

A enfermeira Carla, da Unidade de Neurologia do Hospital Governador Celso Ramos, por nos adotar durante a Prática Assistencial, compartilhando conosco este momento tão precioso de nossas vidas.

Aos funcionários da Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos, pela compreensão e apoio prestados em todas as atividades por nós realizadas.

A todos os clientes, em especial Mestre, Zangado, Feliz e Soneca e seus acompanhantes e/ou familiares que aceitaram a nossa assistência e contribuíram com a Prática Assistencial. Por vocês arriscamos este sonho!

A todos os companheiros, que de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste trabalho, registramos aqui o nosso muito obrigada!

A meu pai Hélio, pelo amor, dedicação e confiança depositada em mim.
Amo você!

A minha mãe Neusa, pelo seu exemplo de amor e coragem e grande incentivadora, sempre aconselhando que a educação é o bem mais valioso que alguém pode adquirir. Obrigada por estar ao meu lado batalhando pela realização dos meus sonhos. Amo você!

A minha grande amiga e irmã Nádia, pela amizade e companheirismo, pelo seu amor e por ser exemplo de luta e dignidade.

Ao meu irmão André, pelo carinho e paciência.

As minhas sobrinhas Pamela e Ana Flávia, pelos sorrisos, abraços e beijos quando eu chegava em casa. Vocês são as mais preciosas rosas de meu jardim!

Aos meus avós, madrinhas, tios e tias pelos incentivos e apoio. Adoro vocês.

As minhas irmãzinhas de convivência Tcharla e Denilce, pelos anos que compartilhamos a mesma moradia, dividindo as alegrias e tristezas de "ser independente". Sentirei saudades!

A Milena, por estar ao meu lado, dividindo os momentos felizes e difíceis desta trajetória. Por me aceitar como um ser humano com qualidade e defeitos. Obrigada pela sua amizade e agradável convivência. Conseguimos realizar um grande sonho!

Aos companheiros do Laboratório de Esforço Físico pelo convívio, ensinamentos e compreensão das minhas ausências.

A todos os meus amigos de graduação, pelas festas descontraídas, brincadeiras, pousadas e cafés. Obrigada pelo apoio, amizade e força e confiança! Sentirei saudades!

Analise

A meu pai Lauro, pelo amor, dedicação e confiança depositada em mim. Pelos estímulos para continuar à caminhada. Amo você!

A minha mãe Odete, pelo seu exemplo de amor, coragem e grande incentivadora em todos os momentos de minha vida. Obrigada por estar ao meu lado. Amo você!

Ao meu "marido" Andrey, pelo caminhar junto, por compartilhar os sonhos e os momentos difíceis, por seu amor incondicional. Te amo muito!

A meus irmãos, pela amizade e companheirismo, por ser exemplo de luta e dignidade.

Aos meus sobrinhos, pelas brincadeiras, pelas gargalhadas gostosas, os abraços e os beijos durante nossos encontros.

A Analise, minha querida companheira, por estar ao meu lado, dividindo os momentos felizes e difíceis desta trajetória, pelos almoços gostosos no final de semana nos dias de trabalho. Por me aceitar como um ser humano com

qualidade e defeitos. Obrigada pela sua amizade e agradável convivência. Conseguimos realizar um grande sonho!

As companheiras da Maternidade Carmela Dutra, pelo convívio e compreensão das minhas ausências, pelos grandes ensinamentos da prática. Parte do que sei devo a vocês! Sentirei muitas saudades!

Aos companheiros do Laboratório de Análises Clínicas do HU/UFSC, em especial, Juliana, Cláudia, Graziela e Everaldo; pelo convívio, pelas gargalhadas e indignações que passamos juntos, pelos plantões nos finais de semana e feriados. Sentirei Saudades!

Aos professores Marta Prada, Astrid, Lourival e Dalva, por sua confiança depositada em mim, por sua ajuda e seus pelos ensinamentos. Devo muito a vocês!

A todos os meus amigos de graduação, pelas festas descontraídas, brincadeiras, gargalhadas e conversas. Obrigada pelo apoio, amizade, força e confiança! Sentirei saudades!

Milena

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência de formandas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, de onde emergiu o Trabalho de Conclusão de Curso, para obtenção do Título de Enfermeiro. A prática Assistencial foi realizada no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), situado no município de Florianópolis, Santa Catarina, um centro de referência em traumatologia e neurocirurgia para todo o Estado. Foi desenvolvida a Assistência de Enfermagem a clientes com problemas ortopédicos, acompanhantes e/ou familiares, baseada na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, visando estimular os clientes na realização de ações que promovam o autocuidado. Dorothea Orem, em sua teoria, apresenta um método de determinação dos déficits de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado. O desenvolvimento das atividades práticas, guiadas pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem foi desafiador, por ser a primeira vez que tivemos a oportunidade de utilizá-la, porém, mais acessível do que imaginávamos. O período foi encarado de forma diferente e instigante, pois por meio deste, desenvolvemos um projeto para a aplicação de uma metodologia de assistência, nos tornamos mais independentes, mais criativas e a termos mais iniciativa; valores importantes na atividade prática de um enfermeiro. Realizamos assistência de enfermagem a clientes ortopédicos, levantamento dos problemas mais frequentes atendidos na unidade, bem como desenvolvemos atividades educativas com clientes, familiares e equipe de enfermagem, buscando atender aos objetivos propostos no presente estudo. Salientamos a importância da aplicação de um método de assistência a este tipo de clientela, que muitas vezes defronta-se com situações adversas, com seqüelas que comprometem o ser e estar saudável, necessitando de um reforço no sentido de encontrar estratégias que lhes permitam ter uma qualidade de vida. Neste sentido, a fundamentação proposta mostrou-se adequada, possibilitando além disto uma interação favorável com a clientela.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Objetivos	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 Sistema Músculo Esquelético.....	19
2.1.1 Sistema Esquelético	19
2.1.1.1 Formação óssea	23
2.1.1.2 Manutenção óssea	25
2.1.1.3 Consolidação óssea	26
2.1.1.4 Anatomia do Sistema Esquelético.....	27
2.1.2 Sistema Muscular.....	30
2.1.2.1 Músculo Esquelético Estriado ou Voluntário	32
2.1.2.2 Músculo Liso ou Involuntário.....	33
2.1.2.3 Músculo Cardíaco ou Miocárdio.....	34
2.1.2.4 Fisiologia do Músculo.....	34
2.1.2.5 Contração muscular.....	36
2.2 Problemas mais Comuns do Sistema Músculo Esquelético.....	37
2.2.1 Fraturas.....	37
2.2.1.2 Manifestações Clínicas da Fratura	40
2.2.1.3 Tratamento da Fratura	41
2.2.2 Contusões, Distensões e Entorses	42
2.2.3 Osteomielite.....	44
2.2.4 Lesões de Coluna	44
2.3 Acometimentos Associados ao Sistema Músculo Esquelético	46
2.3.1 Dor	46
2.3.2 Ansiedade	47
2.4 Terapêutica	48
2.4.1 Uso do Gesso	48
2.4.1.1 Tipos de Gesso	48
2.4.1.2 Gesso nos braços.....	49

2.4.1.3 Gesso nas pernas	50
2.4.1.4 Gesso corporal ou espiga	51
2.4.2 Fixadores Externos	51
2.4.3 Uso da Tração	52
2.4.4 Cirurgias Ortopédicas	53
2.5 Principais cuidados de Enfermagem	54
3 MARCO CONCEITUAL	57
3.1 Conhecendo Dorothea Orem	58
3.2 Conhecendo a Teoria do Autocuidado	58
3.3 Pressupostos da Teoria do Autocuidado	60
3.4 Pressupostos Pessoais Baseados na Teoria do Autocuidado	61
3.5 Conceitos	62
3.5.1 Conceitos relacionados a aplicação da Teoria do Autocuidado e ao Projeto de Prática Assistencial	62
3.6 Processo de Enfermagem de Dorothea Orem, baseado em Foster e Janssens (1993)	68
4 METODOLOGIA	72
4.1 Detalhamento das estratégias desenvolvidas na Prática Assistencial	73
4.2 Implicações Éticas	76
5 A INSTITUIÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL	79
5.1 A Unidade da Prática Assistencial	82
6 RELATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL	85
6.1 Inteirando-se do processo de cuidar	85
6.1.1 Perfil do cliente internado na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos	87
6.2 Ampliando os conhecimentos teóricos	97
6.3 Assistindo, juntamente, com o acompanhante e/ou familiar, o cliente com problema ortopédico	101
6.3.1 Apresentando os Processos de Enfermagem guiados pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	103
6.3.1.1 Mestre	103
6.3.1.2 Zangado	115
6.3.1.3 Feliz	127
6.3.1.4 Soneca	136
6.4 Promovendo uma atividade educativa com os acompanhantes e/ou familiares	145
6.5 Objetivo não planejado: Promovendo atividade educativa com a equipe de enfermagem	147
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155
APÊNDICES	158
ANEXOS	178

"Morre lentamente que evita uma paixão,
Quem prefere o preto ao invés do branco,
Ou o branco ao invés do preto
E os pingos nos lábios a um redemoinho de emoções,
Exatamente a que resgata o brilho nos olhos,
O sorriso nos lábios e coração aos tropeços
Morre lentamente quem não vira a mesa quando está infeliz no trabalho,
Quem não arrisca o certo pelo incerto para ir atrás de um sonho".

(Pablo Neruda)

1 INTRODUÇÃO

No decorrer de nossa trajetória acadêmica, mais precisamente, nos últimos sete semestres, tivemos a oportunidade de conhecer e estagiar em várias áreas de atuação profissional de enfermagem. As bases teóricas das “logias” nas primeiras fases forneceram subsídios para o nosso conhecimento profissional.

No decorrer das fases começamos a relacionar a teoria à prática por meio da disciplina de Fundamentos de Enfermagem, durante o terceiro período de graduação. Este início das práticas de enfermagem serviu para concretizar os objetivos de cada um, estabelecendo um vínculo definitivo de paixão pela enfermagem.

Na quarta fase partimos aos bairros conhecendo a realidade da população, com as consultas de enfermagem nos Centros de Saúde, as visitas domiciliares, as atividades educativas e as constantes orientações de educação para a saúde, fugimos da prática do modelo tradicional hospitalar e atuamos diretamente na comunidade, vivenciando as dificuldades enfrentadas por cada ser humano, seja recém-nascido, criança, adolescente, adulto ou idoso. Com apoio dos professores e da equipe de enfermagem do Centro de Saúde, realizamos várias atividades de enfermagem; em alguns momentos nos sentíamos verdadeiros profissionais.

Após um longo período de greve, retomamos a nossa rotina de universitários, agora na expectativa dos “famosos” processos de enfermagem previstos para o quinto período de graduação. Com a disciplina de Enfermagem nas Intercorrências Clínicas vieram os

estágios, os processos e as noites sem dormir, mas conseguimos sobreviver, firmes, confiantes e ansiosos para a próxima etapa.

Enfim, a sexta fase exigiu muita coragem de todos. Inicialmente, houve muita teoria sobre assuntos fundamentais para a prática assistencial da fase. Posteriormente, aulas práticas (estágios) em Unidades de Tratamento Intensivo, Clínica Cirúrgica, Centro Cirúrgico, Emergência Pediátrica e Adulta. Fizemos alguns estudos de caso, prestamos orientações e assistência direta a clientes no pré e pós-operatório na Unidade de Clínica Cirúrgica, instrumentamos algumas cirurgias e tivemos o primeiro contato com a temática escolhida, conhecendo a unidade ambulatorial de Ortopedia do Hospital Universitário e prestando a assistência de enfermagem para clientes no pré, trans e pós-operatório ortopédico. Neste período tivemos a oportunidade de engessar uns aos outros para conhecer a matéria-prima, cuidados gerais e a sua forma prática de utilização.

Contudo, chegando na reta final do curso de graduação, o sétimo período veio com as disciplinas de Administração, Psiquiatria e Obstetrícia. Foi um semestre diferenciado, inicialmente, por ser um dos últimos e pelas áreas serem distintas umas das outras. Nos sentimos verdadeiros gerentes assistenciais e administrativos de uma Unidade de Internação na disciplina de Administração. Já em Psiquiatria, aprendemos de um modo aprofundado a relação pessoa-pessoa e a ver o ser humano de um modo mais holístico, aprendemos a nos conhecermos como seres únicos, que necessitam estar em equilíbrio biopsicosocial para lidar com as outras pessoas e em Obstetrícia, assistindo o ser humano saudável e participando do momento mágico do nascimento; as orientações sobre educação para saúde foram constantes e prazerosas.

Em todas as fases, destacamos, principalmente, as ações de humanização ressaltadas continuamente pelos docentes, que fazem a diferença em nossa vida profissional. Esta humanização deve acompanhar todo conhecimento científico, em todos os nossos atos, a fim de traçarmos cuidados de enfermagem efetivos e integrais para cada indivíduo. Temos a consciência que somos “eternos aprendizes”, que este caminho que nos leva a concluir o Curso de Graduação em Enfermagem é apenas o primeiro, dos muitos que estão por vir. A idéia da elaboração e implantação do Projeto Assistencial e a escrita do Trabalho de Conclusão de Curso, inicialmente, cria uma certa ansiedade e expectativa pelo fato de ser uma nova ação determinada pelo curso, mas que retrata a formação profissional recebida e absorvida pelas acadêmicas no transcorrer do período.

Contudo, encerrando o curso de graduação, estamos aqui para apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso. Escolhemos desenvolvê-lo em Ortopedia, inicialmente, porque temos afinidade pela área e, no decorrer do curso de graduação, achamos que a carga horária destinada foi pequena, em vista de toda a amplitude que o assunto representa. Decidimos escolher a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem para guiar a prática assistencial, pois acreditamos na potencialidade do ser humano. Estimulando nestes indivíduos sua capacidade de desempenhar o Autocuidado durante esta prática. Atuando como mediadores, fazendo pelo cliente aquilo que o mesmo não pode fazer por si próprio, ensinando, orientando e estimulando o desenvolvimento das suas capacidades, juntamente com o seu acompanhante e/ou familiar (SANTOS, 1991). Tornando-os mais independentes da assistência de enfermagem, praticando este autocuidado em todos os momentos de sua vida, entretanto, enfocando para que esta potencialidade seja praticada após a alta hospitalar. A presença do acompanhante e/ou familiar é imprescindível, pois dependendo do grau de dependência de cada cliente, as ações de autocuidado necessárias ao tratamento são desempenhadas pelo próprio acompanhante e/ou familiar, pois alguns problemas ortopédicos necessitam um longo período de tratamento e adaptação, seja no ambiente hospitalar ou domiciliar.

Como o Hospital Universitário não possui uma Unidade de Internação específica para o atendimento de clientes com problemas ortopédicos e tendo este, uma demanda que não nos permitia desenvolver nossos objetivos dentro do prazo previsto, decidimos optar por outra instituição. Para tanto, escolhemos o Hospital Governador Celso Ramos, que é referência no Estado para o atendimento adulto em Ortopedia e Traumatologia, sendo o local das ações a Unidade de Ortopedia, localizada no segundo subsolo da referida instituição.

1.1 Objetivos

Geral

Desenvolver a Assistência de Enfermagem a clientes com problemas ortopédicos, acompanhantes e/ou famílias, juntamente com a equipe multidisciplinar, em um Hospital Geral de Florianópolis, orientadas pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Específicos

- a) Inteirar-se do processo de cuidar desenvolvido pela equipe multidisciplinar, a clientes com problemas ortopédicos, acompanhantes e/ou família.
- b) Ampliar os nossos conhecimentos teóricos acerca da assistência multidisciplinar, relacionado aos problemas ortopédicos.
- c) Assistir o cliente com problemas ortopédicos, desenvolvendo ações que promovam e incentivem o autocuidado.
- d) Orientar o acompanhante e/ou família para que ele (a) participe da assistência direta ao cliente, visando torná-lo apto ao desenvolvimento da assistência no ambiente domiciliar.
- e) Promover oficina educativa com acompanhantes e/ou familiares de clientes com problemas ortopédicos presentes na unidade, acerca do cuidado biopsicosocial.

"Morre lentamente quem abandona um projeto antes de iniciá-lo,

Nunca pergunta sobre um assunto que desconhece,

E nem responde quando lhe perguntam sobre algo que sabe".

(Pablo Neruda)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apresentamos uma breve revisão de bibliografia sobre a anatomia e fisiologia do sistema músculo-esquelético, pois consideramos este assunto imprescindível para a prática da assistência de enfermagem. Descrevemos também, sobre os problemas ortopédicos, destacando os que foram vistos na prática e trabalhados durante a aplicação do projeto assistencial, bem como, as principais técnicas usadas para o tratamento, como cirurgias, uso de gesso, fixadores externos e tração; os principais cuidados de enfermagem relacionados ao assunto e um aprofundamento acerca da dor e da ansiedade, sentimentos encontrados em diversos momentos durante o estágio.

A fundamentação teórica é de extrema importância para a prática assistencial, pois através dela, podemos determinar que tipo de cuidado e orientação que cada cliente necessita. Procuramos trabalhos ligados à ortopedia, e nos deparamos com poucos relacionados a esta temática na área da enfermagem. Contudo, desenvolvemos orientações de educação para a saúde, orientadas pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, estimulando o cliente com problemas ortopédicos, acompanhante e/ou família ao autocuidado, ou em casos especiais, a família e/ou acompanhante realizá-los adequadamente.

Os problemas associados com o Sistema Músculo-Esquelético são comuns e afetam todos os grupos etários. Estes, em sua maioria, não são ameaçadores da vida, mas têm um impacto significativo sobre as atividades normais da vida da pessoa e sua produtividade.

Tais problemas podem ser encontrados em qualquer área da prática de enfermagem, bem como, durante as experiências da vida diária (SMELTZER E BARE, 1998).

2.1 Sistema Músculo Esquelético

2.1.1 Sistema Esquelético

O esqueleto humano é uma estrutura móvel, constituída de 206 ossos, compondo o arcabouço do organismo, sendo que a função mais importante do esqueleto é sustentar a totalidade do corpo e dar-lhe forma. Além da função de sustento, tem aquela, também, importantíssima, de permitir ao homem se mover. Os ossos constituem a parte passiva do aparelho locomotor, o seu movimento é devido à contração e ao relaxamento dos músculos que neles se inserem, assim como, são responsáveis por fornecer ao organismo material duro e consistente, que sustenta os tecidos brandos contra a força da gravidade. Sobre a forma dos ossos têm influência à direção e a potência dos músculos. O sistema ósseo também protege os órgãos internos (cérebro, pulmões, coração) dos traumatismos físicos.

Cada osso do nosso corpo apresenta uma forma característica, que permite reconhecê-lo imediatamente, não obstante as variações que possam existir de um indivíduo para outro. A forma dos ossos não é casual, em função de um complexo de razões. A primeira das razões, é a forma do seu esboço, decorrente de causas hereditárias; intervêm depois, outras causas que influem sobre a forma de cada uma das suas porções, no modo pelo qual, dois ossos se põem em relação, o que determina uma mudança das duas superfícies de contacto e, os músculos e os tendões que neles se inserem produzem modificações na superfície de implantação (ROCHA JÚNIOR, 2003).

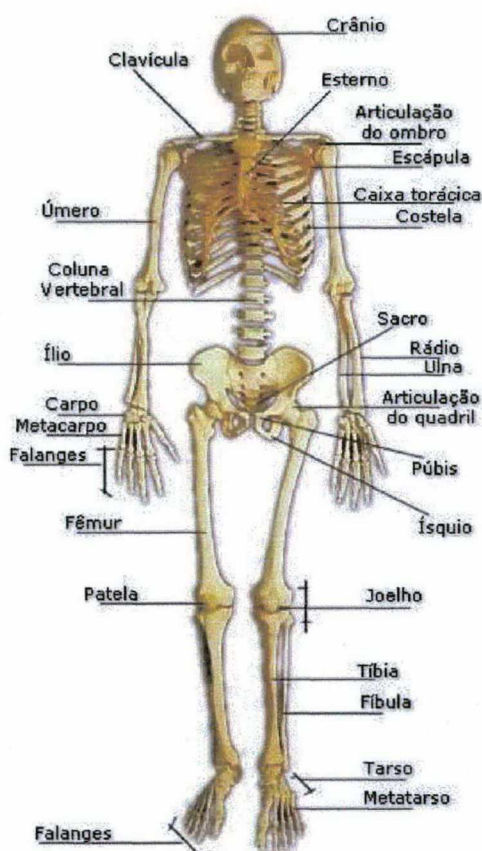


Fig. 1 – Esqueleto humano, vista frontal (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

Além disso, as partes contíguas deixam sobre os ossos impressões, mesmo que sejam menos duras do que ele, como por exemplo, uma artéria ou um nervo; mesmo o cérebro deixa uma impressão sobre os ossos que o encerram.

O osso é um tecido especializado com uma estrutura colágena mineralizada para o apoio esquelético do corpo (TUREK, 1991). Os ossos são formados, essencialmente, pelo tecido ósseo, que é o tecido conjuntivo duro, com 1,87% de fosfato e cálcio, do qual o aspecto é compacto ou esponjoso. No osso compacto o tecido ósseo é constituído de delgadas lâminas ósseas que se sobrepõem umas às outras, unindo-se intimamente em torno de um centro; no osso esponjoso, essas delgadas lâminas se dispõem de modo a formar pequenas cavidades ou celuletas (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Segundo Rocha Júnior (2003), há três espécies de ossos: os ossos longos, os ossos curtos e os ossos chatos, sendo que o seu nome nos diz qual a sua característica marcante.

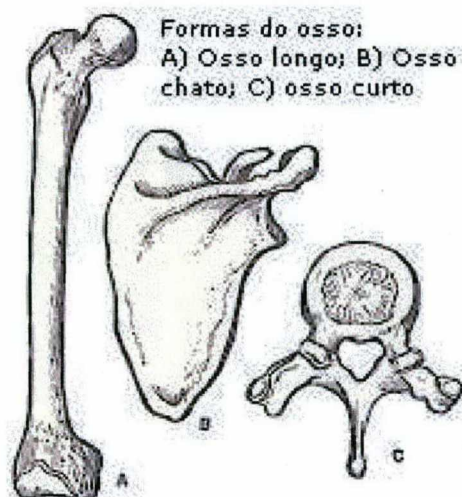


Fig 2 – As três formas principais dos ossos (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

O osso longo tem mais desenvolvida uma das suas dimensões; constitui uma espécie de cilindro, no qual podemos distinguir uma parte central, dita corpo ou diáfise, e duas extremidades chamadas cabeças ou epífises.

A diáfise é formada por tecido ósseo compacto e é percorrida longitudinalmente por um canal interno, chamado canal medular, ocupado pela medula vermelha. A medula vermelha do osso, presente no adulto, principalmente, no esterno, ílio, vértebras e costelas, desempenha uma função importantíssima: fabrica os glóbulos do sangue, sejam os vermelhos ou brancos. No adulto, o osso longo é preenchido com gordura, que é a medula amarela (SMELTZER E BARE, 1998).

As epífises são formadas por tecido ósseo esponjoso, que na superfície é revestido por uma camada de tecido ósseo compacto. No osso esponjoso, a medula enche as cavidades formadas pelo interpenetrar-se das trabéculas. Até a idade adulta, a diáfise e as epífises são separadas entre si, ou melhor, estão unidas somente por um tecido cartilaginoso; é esta a cartilagem de conjugação ou diafisiária, que permite o desenvolvimento do osso em comprimento, e permanece até que o indivíduo complete o seu desenvolvimento esquelético. Depois, constitui a chamada comissura diafisiária. Os ossos longos estão presentes, sobretudo, nos membros como o rádio, úmero, fêmur e tíbia.

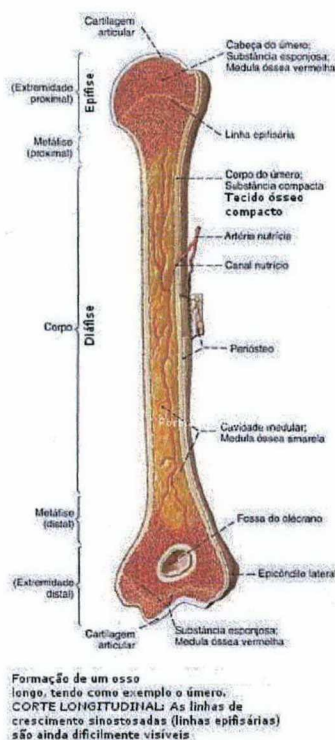


Fig. 3 – Estrutura de um osso longo (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

Os ossos curtos são aqueles nos quais nenhuma das três dimensões prevalece. Geralmente, os ossos curtos são formados por tecido esponjoso, revestido superficialmente por uma camada de tecido compacto. Exemplos de ossos curtos são os ossos do carpo e do tarso.

Os ossos chatos são aqueles em que predominam duas dimensões, têm, portanto, o aspecto de uma lâmina. São formados por tecido compacto, no meio do qual, todavia, encontra-se uma camada de tecido esponjoso. Exemplos de ossos chatos são os ossos da abóbada craniana.

Alguns autores, como Smeltzer e Bare (1998), acrescentam uma quarta espécie de osso, chamado de ossos irregulares, como podem ser englobadas as vértebras. Geralmente, tem uma forma única, relacionada a sua função, sua estrutura óssea é similar àquela dos ossos chatos.

A forma aparente de um osso pode, por vezes, levar a engano, o osso parece pertencer a certo tipo, quando se considera a forma, mas ao analisar sua estrutura é a de um tipo diverso. Por exemplo, as costelas têm a forma alongada e pareceriam, assim, ossos longos, são, porém, esponjosos internamente e compactos na periferia, como todos os ossos chatos.

O osso é revestido por uma membrana fibrosa densa, o periósteo, que tem a função de nutrir o osso e de fazê-lo crescer em espessura, enquanto o osso cresce em comprimento por meio das cartilagens de conjugação. Bem como, também tem a função de proporcionar a junção de tendões e ligamentos. O endósteo é uma fina membrana vascular que recobre a cavidade medular dos ossos longos e os espaços no osso esponjoso.

Observando-se ao microscópio uma delgadíssima lâmina de osso, veremos que este é formado de numerosas células, os osteoblastos, osteócitos e osteoclastos. Os osteócitos, células estreladas, têm a função de formar o osso, através da secreção de matriz óssea. A matriz é uma estrutura em que sais minerais inorgânicos são depositados. Os osteócitos são células ósseas maduras envolvidas com função de manutenção do osso e estão localizados em ósteons, que são as unidades de funcionamento microscópico do osso maduro. Os osteoclastos são células multinucleares envolvidas com a destruição, reabsorção e remodelação óssea (SMELTZER E BARE, 1998).

No osso compacto, estas células estão dispostas em círculos concêntricos em torno de um canal, o canal de Havers, que contém um capilar sanguíneo e fibras nervosas. Com o progredir da idade as células estreladas diminuem de volume e de número (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Segundo Smeltzer e Bare (1998), o tecido ósseo é bem vascularizado. O osso esponjoso recebe um rico suprimento sanguíneo, através dos vasos metafiseal e epifiseal. Os vasos periosteais carregam sangue para o osso compacto, através dos diminutos canais de Volkmann. Além disso, os nutrientes penetram o periósteo e entram na cavidade medular pela foramina, que são pequenas aberturas. As artérias nutrientes suprem a medula e o osso de sangue. O sistema venoso pode acompanhar artérias ou ser independente.

2.1.1.1 Formação óssea

Segundo Smeltzer e Bare (1998), a ossificação é o processo pelo qual a matriz óssea é formada e minerais que enrijecem, como sais de cálcio, são depositados nas fibras colágenas em um ambiente eletronegativo. As fibras colágenas dão a força de tensão ao osso, e o cálcio fornece a força de compressão.

Os ossos se formam no embrião humano de um esboço, constituído por tecido cartilaginoso e por tecido membranoso que representam o osso primário e secundário. Com o tempo, tais esboços começam a se ossificar e esse processo inicia em pontos particulares e estende-se a partir destes centros de ossificação. Por ocasião do nascimento, os ossos estão quase inteiramente no estado cartilaginoso. A ossificação se processa durante toda a infância e adolescência e, só está completa depois do 24º ano de idade, onde todo o esqueleto tornou-se ósseo.

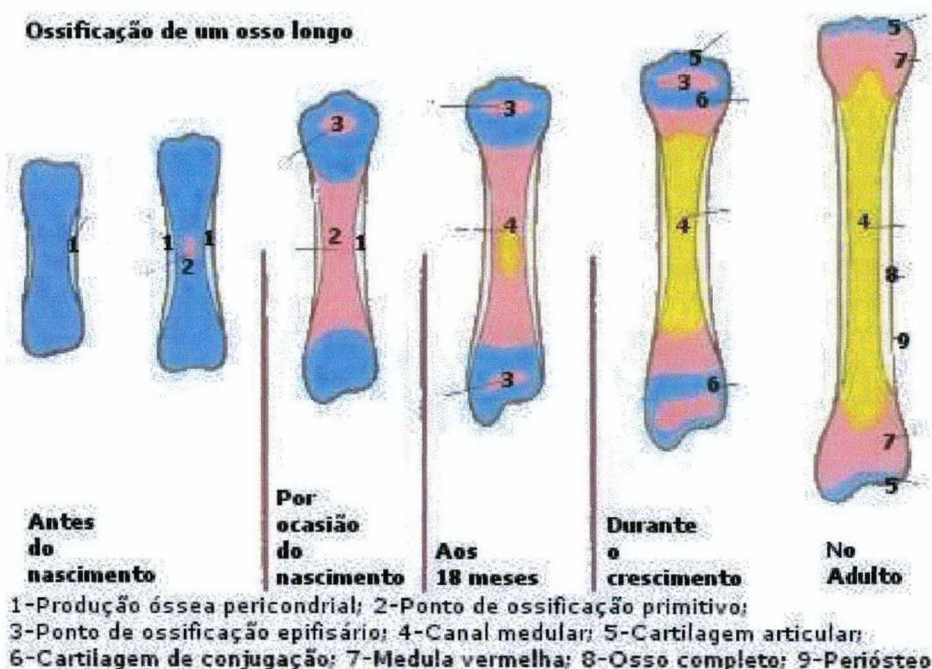


Fig. 4 – Ossificação de um osso longo (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

Nos ossos longos forma-se um centro de ossificação na diáfise e um em cada epífise; desses três pontos o tecido ósseo começa a se estender até que o tecido proveniente de um centro se funde com aquele que provém dos outros centros. Nos ossos chatos, o centro de ossificação é na parte mediana e a partir deste, o processo se irradia para a periferia.

A ossificação se processa de modo diverso, conforme o esboço originário e é de natureza cartilaginosa ou membranosa. Nos ossos de origem cartilaginosa, o processo se inicia na membrana que reveste a cartilagem, chamada pericôndrio. O pericôndrio se transforma pouco a pouco em perióstio, no qual se distinguem células particulares, os osteoblastos, que estão encarregadas de produzir o osso, revestem a cartilagem formando um fino estrato ósseo (lâmina fundamental) e, multiplicando-se, dão origem a uma nova

substância óssea, a qual se acumula, primeiramente, de modo irregular e depois em delgadas lâminas ósseas estratificadas de modo bastante regular (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Do tecido ósseo apenas formado, se destacam os osteoblastos que emigram para a cartilagem restante; acompanhados de ramificações de vasos sanguíneos. No território invadido, os osteoblastos retomam a sua função, formam novos tecidos ósseos, até que a cartilagem esteja inteiramente transformada em osso (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Nos ossos secundários, derivados não de uma cartilagem, mas de um esboço de tecido membranoso, a ossificação tem lugar assim: as células embrionárias se transformam em osteoblastos e estes iniciam a sua proliferação do centro para a periferia, até que se complete a formação do tecido ósseo (ROCHA JÚNIOR, 2003).

2.1.1.2 Manutenção óssea

Segundo Smeltzer e Bare (1998), o osso é um tecido dinâmico em constante estado de *turnover*, ou seja, reabsorção e reformulação. Fatores reguladores importantes que determinam o equilíbrio entre a formação óssea e a reabsorção óssea, incluem estresse local, vitamina D, hormônio paratireóide, calcitonina e circulação.

A função da vitamina D é aumentar a quantidade de cálcio no sangue pela promoção da reabsorção de cálcio procedente do trato gastrointestinal. A deficiência de vitamina D resulta em mineração óssea deficiente, deformidade e fratura. O hormônio paratireóide regula a concentração do cálcio no sangue. Em resposta aos baixos níveis de cálcio no sangue, maiores níveis de hormônio paratireóide induzem a mobilização de cálcio, desmineralização do osso e formação de cistos ósseos. A calcitonina, da glândula tireóide, aumenta o depósito de cálcio no osso (SMELTZER E BARE, 1998).

O suprimento de sangue também afeta a formação do osso. Com a redução do suprimento de sangue ou com a hiperemia, reduz-se a osteogênese e o osso torna-se osteoporótico, ou seja, menos denso (SMELTZER E BARE, 1998).

2.1.1.3 Consolidação óssea

Quando um osso é agredido, os fragmentos ósseos não são meramente aglutinados junto com o tecido cicatricial, o osso regenera-se. Segundo Smeltzer e Bare (1998), há vários estágios na consolidação da fratura: inflamação, proliferação celular, formação de calo, ossificação do calo e remodelação do osso maduro, como especificaremos a seguir e podemos visualizar na figura (Fig.5).

- ✓ *Inflamação* – Há sangramento dentro do tecido lesado e formação de um hematoma na fratura. Os fragmentos terminais da fratura tornam-se desvitalizados, porque há interrupção do suprimento sanguíneo. A área agredida é invadida por macrófagos, que a debridam.
- ✓ *Proliferação Celular* – Dentro de, aproximadamente, cinco dias, o hematoma da fratura assume uma organização. Forma-se um filete de fibrina no coágulo, criando uma rede para a revascularização e invasão por fibroblastos e osteoblastos. Desenvolve-se cartilagem e tecido conjuntivo fibroso. É detectável um colar de crescimento a partir do periósteo.
- ✓ *Formação do calo* – O crescimento tecidual continua e os colares de cartilagem dos fragmentos ósseos crescem em direção uns aos outros até que as lacunas da fratura formem uma ponte, esse processo leva entre três a quatro semanas. Os fragmentos da fratura são interligados por tecido fibroso, cartilagem e fibra óssea imatura.
- ✓ *Ossificação* – Os calos desenvolvidos começam a ossificar-se dentro de duas a três semanas de fratura, pelo processo de ossificação endocondral. A ossificação de fraturas de ossos longos em adultos leva em torno de três a quatro meses.
- ✓ *Remodelação* – O estágio final do reparo da fratura consiste em remoção de qualquer tecido desvitalizado remanescente e reorganização do novo osso em sua organização estrutural anterior. Esta remodelação pode levar de meses a anos.

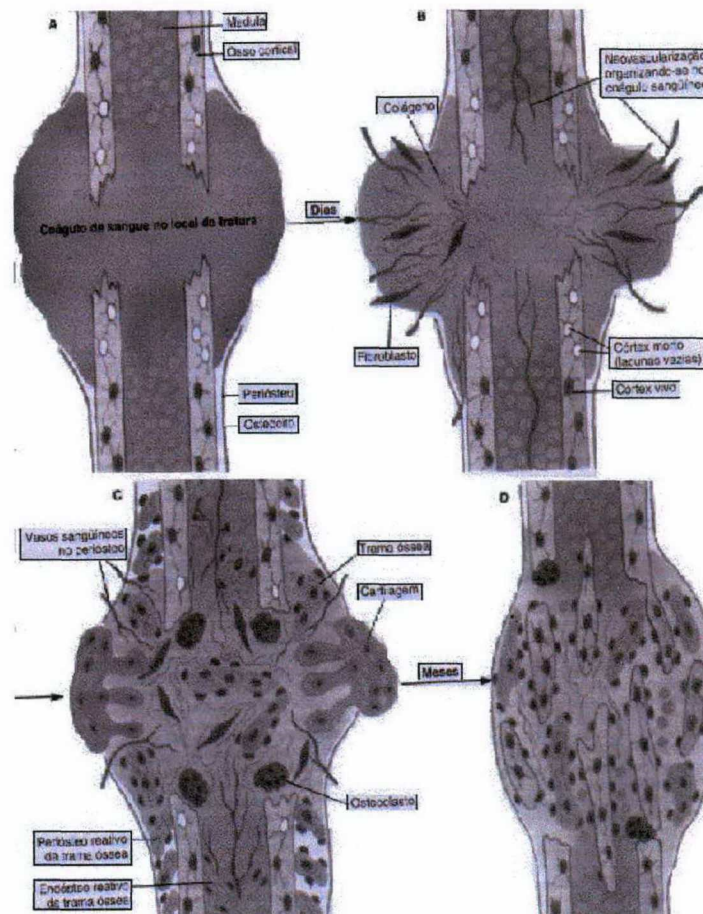


Fig. 5 – Consolidação da fratura. (a) Logo depois da fratura, forma-se um extenso coágulo sanguíneo no tecido subperiosteal e tecido mole. (b) Fase inflamatória: neovascularização e início de organização do coágulo sanguíneo. (c) Fase reparadora: formação de um calo de cartilagem e trama óssea, próximo da fratura. (d) Fase de remodelação: o córtex é revitalizado (SMELTZER E BARE, 1998, p.1569).

2.1.1.4 Anatomia do Sistema Esquelético

O esqueleto é composto por ossos, ligamentos e tendões. O esqueleto humano é formado por 206 ossos e se dividem em cabeça, tronco e membros.

O crânio é a mais complicada das estruturas ósseas do corpo; cada formação existente nele serve a um objetivo bem definido. Internamente, a principal cavidade do crânio possui três níveis que sustentam o cérebro, com cada protuberância e orifício correspondendo à forma do cérebro. Na base posterior do crânio existe um amplo orifício arredondado, o forâmen magno, através do qual passa a medula espinhal. À frente do forâmen magno existem muitos outros orifícios menores, por onde passam nervos, artérias e veias. A abóbada do crânio é formada por quatro ossos finos e curvos, os quais estão

firmemente unidos entre si desde os dois anos de idade. Na parte frontal do crânio localiza-se as duas cavidades orbitais, cada uma abrigando um globo ocular; nesta parte frontal existe também uma abertura central para a passagem de ar do nariz. O osso da mandíbula articula-se com o osso temporal dos dois lados, no nível das orelhas. Entre os ossos da face podemos citar os maxilares, zigomáticos, nasais e a mandíbula, já citada anteriormente (WERNECK, BRAGA E WERNECK, 1993).

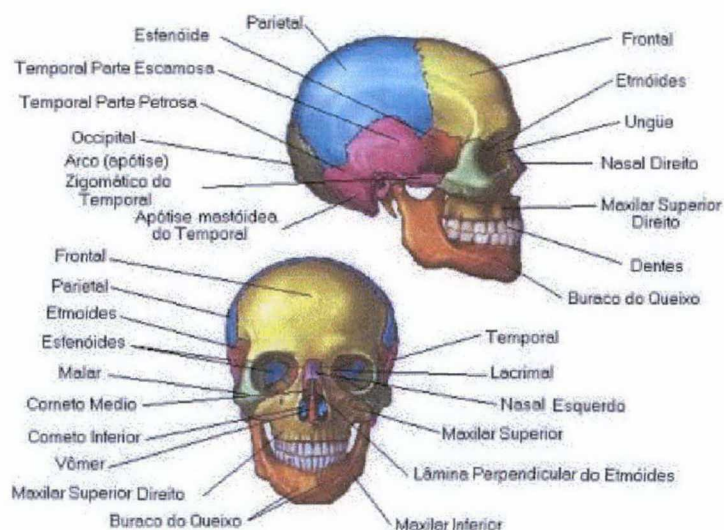


Fig. 6 – Ossos do crânio (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

Em continuação do crânio está a coluna vertebral que é formada pelas vértebras. As vértebras são uma série de anéis colocados de maneira que o orifício central de cada uma corresponda com o do superior e o do inferior, de tal maneira que no centro da coluna vertebral existe uma espécie de conduto, pelo qual passa a medula espinhal, órgão de fundamental importância. A articulação que se interpõe entre uma vértebra e a vértebra seguinte permite a mobilidade de toda a coluna vertebral, garantindo a esta a máxima resistência aos traumas. Entre uma vértebra e outra existem os discos cartilagosos que servem para aumentar a elasticidade do conjunto e atenuar os efeitos de eventuais impactos. As vértebras são 33, as primeiras 7 (sete) vértebras se denominam cervicais, em continuação das cervicais estão 12 vértebras dorsais que continuam através das costelas e se unem ao esterno, fechando a caixa torácica mediante as cartilagens costais, protegendo os órgãos contidos no tórax: coração, pulmões, brônquios, esôfago e grandes vasos. A coluna vertebral continua com as 5 vértebras lombares. A estas, seguem-se outras 5 vértebras soldadas entre si, que formam o osso sacro e, por último, as 4 ou 5 rudimentarias, quase sempre soldadas entre si, que tomam o nome de cóccix ou osso caudal (ROCHA JÚNIOR, 2003).

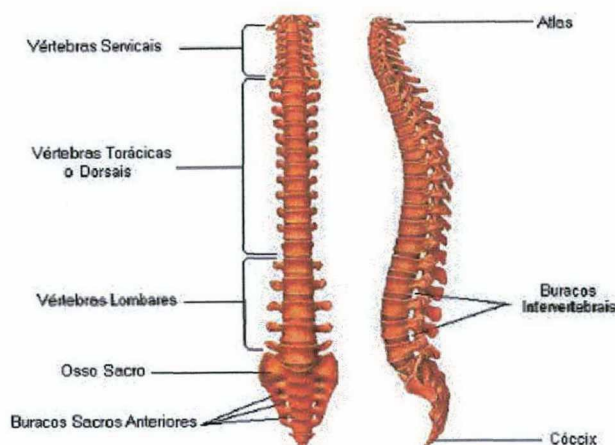


Fig. 7 – Ossos da coluna vertebral (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

Os ossos dos membros superiores começam com o ombro formado pela cintura escapular, de forma triangular, plana, e pela clavícula situada em frente da anterior, que é longa e curvada. A articulação do ombro é bastante móvel, o que permite mover o braço em todas as direções; esta articulação junto com a do quadril, é uma das mais importantes no corpo humano. O osso do braço é o úmero, longo e robusto; o antebraço é formado pelos ossos: rádio e ulna. O rádio termina no cotovelo com a articulação e o ulna apresenta, em correspondência com o cotovelo, um saliente que não permite ao antebraço pregar-se quando está distendido em linha reta com o braço. Com os dois ossos do antebraço, se articula na sua parte inferior a mão, que é formada por uma série de 13 ossos pequenos: 8 são chamados ossos do carpo, são os que formam o punho; 5 denominados metacarpos e que correspondem à superfície dorso-palmar da mão. Os dedos da mão, estão formados pela primeira, segunda e terceira falanges (o polegar tem só duas) (ROCHA JÚNIOR, 2003).

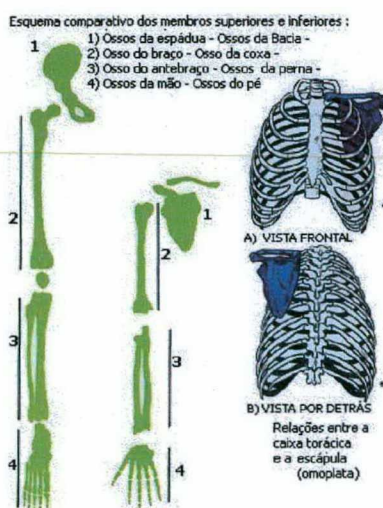


Fig. 8 – Ossos que compõem os membros superiores (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

Os membros inferiores estão unidos ao osso sacro por meio de um sistema de ossos que são denominados cintura pélvica ou pélvis, que é formada pela fusão de três ossos: íleo, ísquio e púbis. Com a pélvis se articula o fêmur, osso do quadril que é o mais longo e mais robusto de todo o corpo. Na sua parte inferior o fêmur se une à tibia e a fibula, que são os dois ossos da perna. Esta união tem lugar na articulação do joelho, do qual forma parte a patela (rótula) e os meniscos (dois discos cartilagosos). Interpostos entre os côndilos femorais, estão a tibia e a fibula (perônio). Por último, aos ossos da perna se articulam com os do pé: o calcâneo, o astrágalo, os ossos metatarsos, os dos dedos que têm três falanges, exceto o primeiro que tem duas (ROCHA JÚNIOR, 2003).

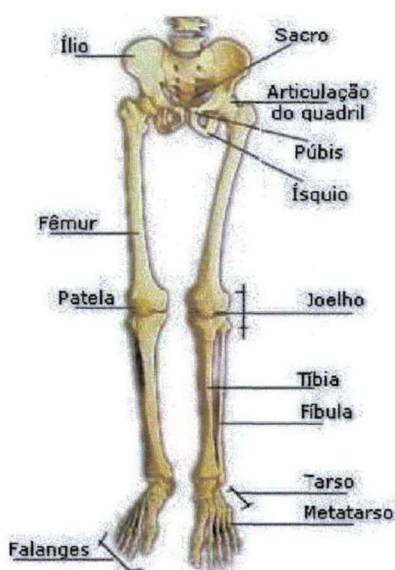


Fig. 9 – Ossos que compõem os membros inferiores (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

2.1.2 Sistema Muscular

Aproximadamente, o corpo humano possui 212 músculos, sendo 112 na região frontal e 100 na região dorsal, sendo estes dos mais variados tamanhos e formatos, onde cada um tem a sua disposição conforme o seu local de origem e de inserção. Cada músculo possui o seu nervo motor, o qual divide-se em muitos ramos para poder controlar todas as células do músculo. Onde as divisões destes ramos terminam em um mecanismo conhecido como placa motora (ROCHA JÚNIOR, 2003).

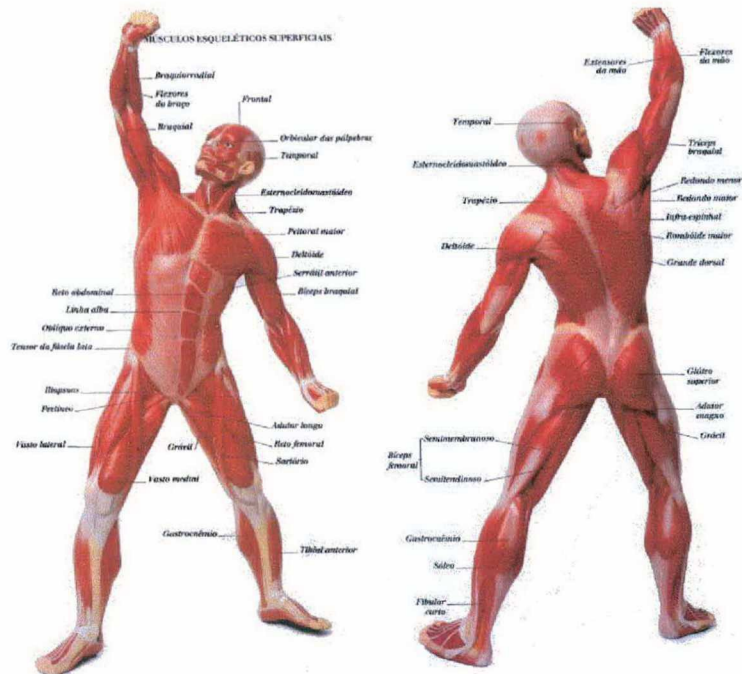


Fig. 10 - Sistema Muscular do Corpo Humano (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

Os músculos são os órgãos ativos do movimento. São eles dotados da capacidade de contrair-se e de relaxar-se, e, em consequência, transmitem os seus movimentos aos ossos sobre os quais se inserem, os quais formam o sistema passivo do aparelho locomotor.

Os músculos dependem de um rico suprimento sanguíneo, pelo oxigênio e os nutrientes, e dos nervos para conduzir os impulsos e induzir a contração. Se um músculo é privado de sua inervação diz-se que ele está desnervado e eventualmente vai sofrer atrofia, porque as fibras musculares diminuirão de tamanho. Um músculo também pode aumentar ou hipertrofiar-se pelo uso constante (por exemplo, no levantamento de peso). Nestes casos, as fibras musculares crescem, mas o seu número permanece o mesmo (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Segundo Rocha Júnior (2003), no corpo humano há três tipos de músculos: esquelético estriado ou voluntário; liso ou involuntário e cardíaco.



Fig. 11 - Tipos de Músculo (ROCHA JÚNIOR, 2003, sp)

2.1.2.1 Músculo Esquelético Estriado ou Voluntário

Os seres humanos possuem mais de 600 músculos esqueléticos, os quais diferem em forma e tamanho, conforme a tarefa que cada um desempenha. Os músculos esqueléticos estão ligados direta ou indiretamente aos ossos, e trabalham em pares antagônicos, enquanto um músculo do par se contrai, o outro, que causa o deslocamento oposto da articulação, relaxa, de forma a produzir os mais diversos movimentos. Também participam em outras atividades como a eliminação da urina e das fezes. A atividade do músculo esquelético está sob o controle do sistema nervoso central e os movimentos que produz se relacionam principalmente com interações entre o organismo e o meio externo (SMELTZER E BARE, 1998).

As células do músculo esquelético são cilíndricas, filiformes. Cada músculo é composto por fibras musculares, que por sua vez, se agrupam em feixes. Por isso, se define como multiunitário. Constitui o tecido mais abundante do organismo e representa de 40 a 45% do peso corporal total. Têm a cor vermelha devido a um pigmento muito semelhante àquele dos glóbulos vermelhos, a hemoglobina muscular ou mioglobina (ROCHA JÚNIOR, 2003).

A forma deles é extremamente variável; há músculos em fita (músculos retos do abdome), em leque (grande peitoral), em cúpula (diafragma), denteados (grande denteado). Todos os músculos se podem classificados em dois grandes grupos: (a) músculos longos, os quais, mesmo quando pequenos, desenvolveram-se em comprimento, encontrados, principalmente, nos membros. Os músculos longos têm a forma de fuso, com uma parte central mais grossa chamada ventre, e duas extremidades mais delgadas; as extremidades se continuam por um cordão branco nacarado: o tendão; e (b) músculos largos, nos quais prevalece a largura sobre as outras dimensões, encontrados nas paredes do abdome e do tórax. Os músculos largos não podem inserir mediante tendões, inserem-se por meio de lâminas ditas aponevroses, que têm estrutura análoga aos tendões (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Os tendões não são constituídos por tecido muscular, mas por tecido conjuntivo bastante resistente, que se inserem nos ossos. Há músculos que têm mais de um tendão, embora tendo um só ventre, diz-se então que o músculo é monocaudado, bicaudado e

assim por diante. Outros, ao contrário, têm vários ventres, que, de um lado, têm origem em tendões separados e parecem músculos independentes, mas, do oposto, confluem em um só; estes músculos tomam um nome que indica o número dos seus ventres (bíceps do braço e da coxa, tríceps do braço e da perna, quadríceps da coxa). Há enfim, músculos que têm dois ventres, um depois de outro, como se fossem dois músculos consecutivos (músculo digástrico) (SMELTZER E BARE, 1998).

Um músculo esquelético tem pelo menos duas fixações. Alguns músculos, como os faciais, são presos à pele, enquanto outros, como os da língua, são fixados às membranas mucosas. Uns poucos músculos fixam-se as fâscias (uma lâmina de tecido fibroso) e outros formam faixas circulares.

2.1.2.2 Músculo Liso ou Involuntário

O músculo liso forma a camada muscular nas paredes dos vasos sanguíneos e do tubo digestivo. Como o músculo cardíaco, o músculo liso é innervado pelo sistema nervoso autônomo. Por isso, ele é músculo involuntário, podendo sofrer contração por longos períodos. Isto é importante na regulação do tamanho da luz de estruturas tubulares (por exemplo, o intestino e vasos sanguíneos). Nas paredes do tubo digestivo, tubas uterinas e ureteres, as células musculares lisas podem provocar ondas peristálticas ou contrações rítmicas. Este processo, conhecido como peristalse, empurra os conteúdos ao longo das estruturas tubulares, como ocorre com os alimentos no intestino (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Como um exemplo de sua função, podemos dizer que os músculos lisos comprimem o conteúdo dessas cavidades, intervindo desta maneira em processos tais como a regulação da pressão arterial, a digestão entre outros.

As células do músculo liso são sempre fusiformes e alargadas. Seu tamanho varia muito, dependendo de sua origem. As células menores se encontram nas arteríolas e as de maior tamanho no útero grávido. Suas fibras não apresentam estriações e por isso, são chamados de liso.

Além desses conjuntos organizados, também se encontram células de músculo liso no músculo eretor do pêlo, músculos intrínsecos do olho entre outros. A regulação de sua atividade é realizada pelo sistema nervoso autônomo e hormônios circulantes. As fibras do

músculo liso são menores e mais delicadas do que as do músculo esquelético (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Em volta dos tubos, em geral, há duas capas, uma interna circular e uma externa longitudinal. A musculatura circular constrixe o tubo; a longitudinal encurta o tubo e tende a ampliar a luz. No tubo digestivo, o esforço conjunto da musculatura circular e da longitudinal impulsiona o conteúdo do tubo, produzindo ondas de constrição chamadas movimentos peristálticos.

2.1.2.3 Músculo Cardíaco ou Miocárdio

O músculo cardíaco ou miocárdio forma a maior parte das paredes do coração. Embora ele seja composto de fibras (células) estriadas, as contrações do músculo cardíaco não estão sob controle voluntário. O ritmo cardíaco é regulado por um marcapasso composto de fibras musculares cardíacas especiais, que são inervadas pelo sistema nervoso autônomo (ROCHA JÚNIOR, 2003).

2.1.2.4 Fisiologia do Músculo

Os músculos esqueléticos estão revestidos por uma lâmina delgada de tecido conjuntivo, o perímio, que manda septos para o interior do músculo, septos dos quais se derivam divisões sempre mais delgadas. O músculo fica assim dividido em feixes (primários, secundários, terciários). O revestimento dos feixes menores (primários), chamado endomíio, manda para o interior do músculo membranas delgadíssimas que envolvem cada uma das fibras musculares. A fibra muscular é uma célula cilíndrica ou prismática, longa, de 3 a 12 centímetros; o seu diâmetro é infinitamente menor, variando de 20 a 100 microns (milésimos de milímetro). A fibra muscular tem o aspecto de um filamento fusiforme. No seu interior notam-se muitos núcleos, quando geralmente a célula tem um só núcleo, de modo que se tem a idéia de ser a fibra constituída por várias células que perderam os seus limites, fundindo-se umas com as outras. O citoplasma da fibra aparece estriado transversalmente de faixas alternadamente claras e escuras. Essa estrutura

existe somente nas fibras que constituem os músculos esqueléticos, os quais são, por isso chamados músculos estriados (ROCHA JÚNIOR, 2003).

A estriação não existe nos músculos viscerais, por isso são chamados de músculos lisos. Ao longo dos septos que dividem os feixes de fibras, ramificam-se arteríolas e vênulas, enquanto que, ao longo da membrana que envolve cada uma das fibras, se expandem os capilares que formam uma rede de malhas retangulares. Ao longo dos mesmos septos caminham ramificações nervosas motoras e sensitivas que penetram depois nas fibras; os filamentos motores trazem à fibra o estímulo para que esta se contraia; os filamentos sensitivos, ao contrário, recolhem informações sobre o estado do músculo, sobre o seu grau de contração, e as transmitem ao cérebro. Os músculos esqueléticos, em suma, são órgãos muito vascularizados e muito innervados. Os músculos viscerais são também constituídos de fibras fusiformes, mas muito mais curtas do que as fibras musculares esqueléticas: têm, na verdade, um tamanho que varia de 30 a 450 microns. Têm, além disso, um só núcleo e são privadas de estrias. Estes músculos se chamam, portanto, fibras lisas e não são comandados pela vontade. As fibras lisas recebem, também, vasos e nervos motores provenientes do sistema simpático (ROCHA JÚNIOR, 2003).

O trabalho de um músculo depende da força que desenvolve e, portanto, do seu volume, que está relacionado com o número de fibras que o formam. Enquanto desenvolve o seu trabalho, o músculo produz calor. A temperatura de um ciclista, durante uma corrida, pode elevar-se até 39-40°C. Em estado de atividade, os músculos produzem 60% do calor do nosso corpo (ROCHA JÚNIOR, 2003).

Naturalmente, para que funcione, o músculo tem necessidade de ser nutrido. As substâncias nutritivas que o músculo consome são essencialmente os açúcares e os ácidos graxos. Os músculos podem, no entanto, utilizar-se da própria substância de que são formados, isto é, das proteínas. Os músculos consomem muito oxigênio e é por isso, são ricamente vascularizados. Os alimentos consumidos pelos músculos produzem energia; uma parte desta energia é transformada em energia mecânica e outra em calor.

Os produtos de rejeição do músculo são anidrido carbônico e ácido láctico. O ácido láctico forma-se em grande quantidade no decurso de exercícios físicos muito intensos e de longa duração. Ele se acumula no interior do músculo e provoca a coagulação da matéria de que é constituído, resultando daí uma diminuição da elasticidade e seu enrijecimento. O ácido láctico é ainda responsável pela fadiga muscular. Durante o repouso, o músculo,

recebendo uma quantidade suficiente de oxigênio, queima pouco a pouco o ácido láctico e volta às primitivas condições.

2.1.2.5 Contração muscular

A contratilidade é altamente desenvolvida no tecido muscular. As células ou fibras musculares produzem contrações que movem partes do corpo e os tecidos conjuntivos associados controlam as contrações e conduzem fibras nervosas e capilares para as células musculares (SMELTZER E BARE, 1998).

A maquinaria contrátil da fibra muscular está formada por cadeias protéicas que se deslizam para encurtar a fibra muscular. Entre elas há a miosina e a actina, que constituem os filamentos grossos e finos, respectivamente. Quando um impulso chega através de uma fibra nervosa, o músculo se contrai. Quando uma fibra muscular se contrai, se encurta e alarga. Seu comprimento diminui a $2/3$ ou à metade. Deduz-se que a amplitude do movimento depende do comprimento das fibras musculares (ROCHA JÚNIOR, 2003).

O período de recuperação do músculo esquelético é tão curto, que o músculo pode responder a um segundo estímulo quando ainda perdura a contração correspondente ao primeiro. A superposição provoca um efeito de esgotamento superior ao normal. Depois da contração, o músculo se recupera, consome oxigênio e elimina bióxido de carbono e calor em proporção superior à registrada durante o repouso, determinando o período de recuperação.

O fato de que consome oxigênio e libera bióxido de carbono sugere que a contração é um processo de oxidação, mas, aparentemente, não é essencial, já que o músculo pode se contrair na ausência de oxigênio, como em períodos de ação violenta; mas, nesses casos, se cansa mais rápido e podem aparecer câibras.

No ser vivo, a excitação chega ao músculo através dos nervos motores. O músculo excitado responde ao estímulo contraindo-se. A contratilidade é a característica essencial do músculo. O músculo excitado se deforma, se encolhe, aumenta de espessura, mas o seu volume total não muda. Diversa é a contração nos músculos estriados e nos músculos lisos. Os primeiros se contraem muito mais rapidamente do que os segundos. Uma vez contraído, o músculo se afrouxa, voltando à sua forma primitiva. O músculo é, portanto, dotado de

elasticidade. Isto se pode constatar distendendo um músculo pelas suas extremidades: observa-se que o músculo retorna ao seu primitivo comprimento uma vez cessada a tração, com a condição de que esta não tenha sido muito forte ou muito violenta. A elasticidade do músculo é indispensável. O músculo deve, na verdade, voltar à sua forma primitiva para poder contrair-se de novo. Além disso, nos músculos considerados antagônicos, isto é, que desempenham funções opostas, têm lugar, contemporaneamente, dois fenômenos contrários: quando um deles se contrai o outro se afrouxa. Assim, quando dobramos o antebraço sobre o braço, temos a contração do bíceps e, ao mesmo tempo, o afrouxamento do tríceps, o músculo antagônico. Contraindo-se, os músculos esqueléticos agem sobre os ossos, que constituem verdadeiras "alavancas". Quando levantamos um peso com a mão, dobrando o cotovelo, o antebraço constitui a alavanca, a articulação do cotovelo é o ponto de apoio, a força desenvolvida pelos bíceps constitui a força motora e o peso a resistência.

Os músculos realizam sempre um "trabalho". Em física, define-se o "trabalho" como o produto de uma força pelo deslocamento do ponto de aplicação dessa força. Mas os músculos realizam um trabalho mesmo sem deslocamento das alavancas ósseas. Para manter na respectiva posição a cabeça, o tronco e os membros, é necessária uma harmônica contração de diversos grupos musculares. A manutenção da posição ereta é, sob este ponto de vista, qualquer coisa de maravilhoso, porque a base da figura constituída pelo corpo humano é muito pequena e o centro de gravidade está situado muito no alto. O corpo tende a cair ora para frente e ora para trás, tanto para a direita como para a esquerda; apesar da nossa aparente imobilidade, somos estrangidos, para evitar a queda, a contrair, de momento a momento e no tempo oportuno, diversos grupos musculares. Que tudo impõe trabalho muscular fica demonstrado pelo fato que basta perder, mesmo por um único instante, a consciência, para cair no chão. O trabalho necessário para manter o equilíbrio se chama "trabalho estático" e é comparado ao trabalho fornecido pelo músculo para manter um peso a uma determinada altura (ROCHA JÚNIOR, 2003).

2.2 Problemas mais Comuns do Sistema Músculo Esquelético

2.2.1 Fraturas

Segundo Smeltzer e Bare (1998), fratura é uma quebra da continuidade do osso e é definida de acordo com o tipo e extensão. As fraturas ocorrem quando o osso é submetido

a estresse maior do que ele pode suportar. Elas podem ser causadas por uma pancada direta, impacto violento, movimento de rotação repentina e, mesmo, contração muscular extrema. Apesar do osso ser afetado, outras estruturas adjacentes também são atingidas, resultando em edema de tecidos moles, hemorragia nos músculos e articulações, luxações articulares, ruptura de tendões, nervos rompidos e vasos sanguíneos danificados. Os órgãos corporais podem ser lesados pela força que causa a fratura ou pelos fragmentos da fratura.

Um osso fraturado é formado por fragmentos, sendo que o fragmento mais próximo a linha média é chamado fragmento proximal e o fragmento mais distante da linha média é o fragmento distal.

De acordo com Adams e Hamblen (1994), a fratura pode ser classificada como fechada ou simples e exposta ou composta. A primeira quando não há comunicação entre o foco da fratura e a parte externa do corpo. E a segunda quando há um ferimento na superfície da pele que se comunica com o foco da fratura.

Deve-se enfatizar, que a presença de um ferimento associado a fratura não significa, necessariamente, que seja uma fratura exposta, é classificada como exposta ou composta apenas quando há uma comunicação direta entre o meio ambiente e as extremidades fraturadas do osso. Esta distinção é importante, pois uma fratura exposta pode ser contaminada por organismos provenientes do meio externo, e, portanto, se contaminar, enquanto que a fratura fechada está livre deste risco (ADAMS E HAMBLLEN, 1994).

2.2.1.1 Tipos de fraturas

De acordo com Smeltzer e Bare (1998) e Adams e Hamblen (1994), as fraturas podem ser descritas de acordo com a localização anatômica dos fragmentos, estando diretamente associadas ao tipo de fratura descritas no parágrafo do item anterior. Apresentamos a seguir tipos específicos de fraturas:

- ✓ *Fratura em galho verde*: fratura em que um lado do osso é quebrado e o outro se inclina, produzindo uma fratura incompleta. Comuns em crianças até dez anos, quando os ossos são flexíveis e elásticos.
- ✓ *Transversa*: fratura que é transversal ao osso.

- ✓ *Obliqua*: fratura que ocorre no ângulo transversal do osso (menos estável que a transversa).
- ✓ *Espiral*: fratura em torno da curvatura do osso.
- ✓ *Cominuta*: fratura em que o osso foi dividido em vários fragmentos.
- ✓ *Depressiva*: fratura em que os fragmentos se dirigem para dentro (vista freqüentemente em fraturas de crânio e de ossos faciais).
- ✓ *Compressão*: fratura em que os ossos foram esmagados (vista em fraturas vertebrais).
- ✓ *Patológica*: fratura que ocorre ao longo de uma área de osso doente (cisto ósseo, doença de Paget, metástase óssea, tumor).
- ✓ *Avulsiva*: extração de um fragmento ósseo por um ligamento ou tendão e sua fixação.
- ✓ *Epífise*: fratura na epífise.
- ✓ *Impacto*: fratura em que o fragmento ósseo se dirige para dentro de outro fragmento ósseo.

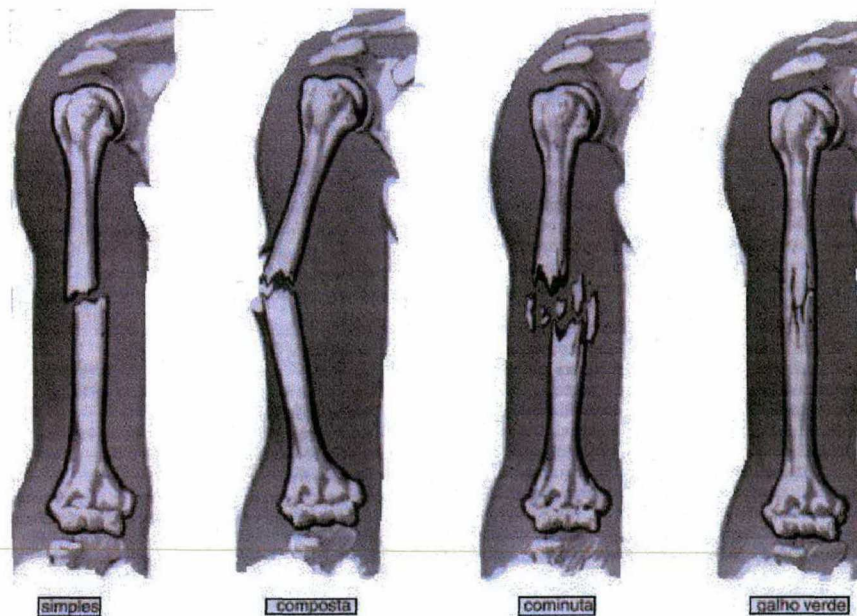


Fig. 12 – Tipos de fratura: simples, composta, cominuta e em galho verde, respectivamente (SMELTZER E BARE, 1998, p.1634).

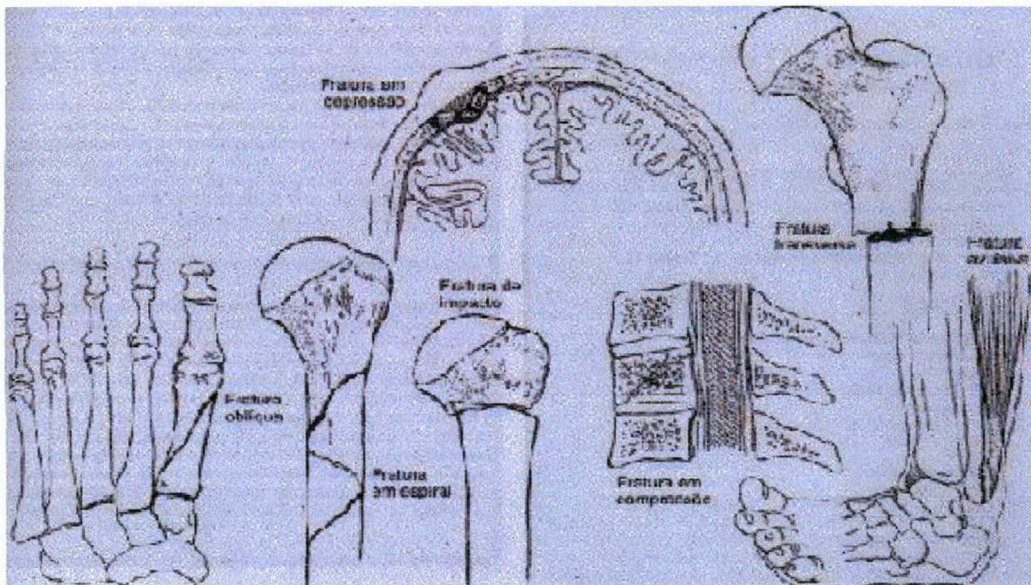


Fig. 13 – Tipos de fratura (transversa, oblíqua, espiral, impacto, depressão, compressão e avulsiva)
(SMELTZER E BARE, 1998, p.1635)

2.2.1.2 Manifestações Clínicas da Fratura

A informação de que o cliente não consegue ficar em pé ou caminhar após um trauma, ou então, utilizar o membro atingido, deve sempre levantar a suspeita de fratura. A evidência imediata de deformidade no osso de um membro é um diagnóstico claro de fratura. Uma história de um hematoma visível, aproximadamente, vinte e quatro horas após um acidente também é sugestiva. Em muitos casos, no entanto, a história não fornece evidência confiável para se fazer a distinção entre uma fratura e uma simples torção ou contusão (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

Os sinais objetivos ou manifestações clínicas da fratura são: dor, perda da função, deformidade visível ou palpável, encurtamento da extremidade, crepitação, hematoma, edema local e descoloração da pele. A evidência clínica da fratura deve sempre ser confirmada por exame radiográfico (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

A dor é contínua e aumenta em gravidade, até que os fragmentos ósseos sejam imobilizados. O espasmo muscular que acompanha a fratura é um tipo de imobilização natural destinado a minimizar um movimento adicional dos fragmentos da fratura. Depois da fratura, a parte não pode ser usada e tende a mover-se involuntariamente (falso movimento), ao invés de permanecer rígida, como seria o normal. O deslocamento de

fragmentos do braço ou perna causa uma deformidade (visível ou palpável) da extremidade, detectável quando comparada com a extremidade normal. A extremidade não pode funcionar adequadamente, porque a função normal dos músculos depende da integridade dos ossos nos quais eles estão presos. Nas fraturas de ossos longos, há, geralmente, encurtamento da extremidade por causa da contração dos músculos que são fixados acima e abaixo do local da fratura. Quando a extremidade é examinada com as mãos, pode ser sentida uma granulação, chamada de crepitação por causa do atrito dos fragmentos. Edema localizado e descoloração da pele ocorrem como resultado do trauma e hemorragia que seguem uma fratura. Estes sinais podem não se desenvolver por várias horas ou dias após a lesão (SMELTZER E BARE, 1998).

As complicações iniciais depois que ocorre a fratura são choque, que pode ser fatal dentro de poucas horas após o traumatismo; embolia gordurosa, que pode ocorrer dentro de 48 horas ou mais; e síndrome compartimentar, que pode resultar em perda permanente de função na extremidade, se não for tratada prontamente. Podem ocorrer outras complicações iniciais, associadas a fratura, como infecção, tromboembolismo (embolia pulmonar) e coagulação intravascular disseminada (CID). União e não união tardia, necrose avascular do osso e reação aos dispositivos de fixação interna são as complicações tardias mais comuns (SMELTZER E BARE, 1998).

2.2.1.3 Tratamento da Fratura

Segundo Adams e Hamblen (1994), os três princípios fundamentais para o tratamento de fraturas: redução, imobilização e preservação da função.

A redução é quando se restaurar os fragmentos da fratura para a sua posição anatômica normal. Em muitas fraturas a redução não é necessária, porque não há deslocamento, ou porque, o deslocamento é irrelevante para o resultado final.

A redução pode ser feita de três maneiras: (a) por manipulação fechada, método padrão, realizada com anestesia local ou regional, consiste em reunir fragmentos através das partes moles, desimpactá-las se necessário, e então ajustá-las tanto quanto possível em sua posição correta; (b) por tração mecânica, quando a contração de músculos grandes exerce grande força de deslocamento, alguma ajuda mecânica pode ser necessária para distribuir os fragmentos na extensão normal do osso, principalmente em fraturas da diáfise

do fêmur, a tração pode ser aplicada por parafusos com pesos e; (c) cirurgicamente, quando os outros métodos falham, os fragmentos são reduzidos sob visão direta em uma cirurgia (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

A imobilização deve ser feita quando o objetivo é evitar deslocamento ou angulação dos fragmentos, para evitar movimento que possa interferir na consolidação, e para aliviar a dor. A imobilização poderá ser realizada através de quatro métodos: (a) gesso ou outra imobilização externa, como substitutos do gesso; (b) tração contínua; (c) fixação externa e; (d) fixação interna (cirurgias) (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

Os bons resultados no tratamento, dependem muito da reabilitação, talvez a parte mais importante dos três grandes princípios do tratamento de fraturas. A reabilitação deve iniciar logo que a fratura esteja sob tratamento definitivo, com o propósito de preservar a função e recuperar a função normal (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

Os dois métodos essenciais de reabilitação são o uso ativo e os exercícios ativos. O primeiro significa que o cliente deve continuar a usar o membro lesado da maneira mais natural possível, dentro das limitações impostas pelo tratamento. Embora para algumas lesões o repouso possa ser necessário nos primeiros dias ou semanas, um retorno gradual às atividades deveria ocorrer assim que se assegure não haver riscos. O segundo método inclui exercícios para os músculos e para as articulações, devendo ser estimulados o mais breve possível (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

O tratamento de fraturas expostas requerem alguns cuidados extras, devendo ser iniciados o quanto antes, para diminuir o risco de infecção causada pela contaminação de microorganismos. Entre esses cuidados, estão a limpeza da ferida e a remoção de todo o tecido morto e desvitalizado, bem como, todo o material estranho, deixando tecidos saudáveis e bem vascularizados, capazes de evitar a infecção por microorganismos que inevitavelmente permanecem, mesmo após a limpeza mais metódica (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

2.2.2 Contusões, Distensões e Entorses

A contusão é uma lesão nos tecidos moles, estruturas subcutâneas e músculos produzida pela força de externa. A resultante ruptura de vários pequenos vasos sanguíneos

causa o sangramento dentro dos tecidos moles, como equimose, hematoma e a resposta inflamatória, acarretando sintomas locais de dor, edema e descoloração, que são facilmente controlados com aplicação intermitente de frio.

A distensão é um “puxão do músculo” devido ao uso excessivo, estiramento ou estresse excessivo. As distensões são lacerações musculares incompletas, microscópicas, com algum sangramento no tecido. O cliente experimenta sensação dolorosa ou dor repentina ao leve toque no local, ao usar o músculo e com a contração isométrica, onde tensão muscular está aumentada, comprimento não é alterado e há ausência de movimento articular (SMELTZER E BARE, 1998).

A entorse é uma lesão às estruturas ligamentares circunjacentes à articulação causada por um puxão violento ou movimento de torção. A função do ligamento é manter a estabilidade enquanto permite a mobilidade. O ligamento lesado perde a sua capacidade estabilizadora. Os vasos sanguíneos são rompidos e ocorre edema significativo; a articulação é lesada e o seu movimento fica doloroso. O grau de incapacidade e dor aumenta por duas a três horas depois da lesão, devido ao edema e sangramento associado. O cliente deve fazer raio-X para avaliar a presença de lesão óssea.

Para Smeltzer e Bare (1998), o tratamento das contusões, distensões e entorses consistem em repouso e elevação da parte afetada, aplicação de frio e ou de bandagens compressivas. O repouso previne a lesão adicional e promove a cicatrização. A elevação controla o sangramento. Frio úmido ou seco de modo intermitente por 20 a 30 minutos nas primeiras 24 a 48 horas após o trauma, produz vasoconstricção, que reduz o sangramento, edema e desconforto. A bandagem elástica compressiva controla o sangramento, reduz o edema e oferece suporte aos tecidos lesados. O estado neuromuscular da extremidade lesada é monitorizado freqüentemente. Se a entorse é grave (as fibras musculares lesadas e os ligamentos rompidos), o reparo cirúrgico ou a imobilização com gesso podem ser necessários para que a articulação não perca a sua estabilidade. Durante a fase de recuperação, os músculos lesados, ligamentos ou tendões devem ficar em repouso para que possam ser reparados.

2.2.3 Osteomielite

O termo osteomielite, tomado literalmente, significa inflamação do osso e sua medula, independente dela ser decorrente de microrganismos piogênicos, tuberculose, sífilis, um vírus específico ou a presença de um corpo estranho como um estilhaço. Entretanto, a aceitação universal do termo se aplica apenas a infecção por bactérias piogênicas, afetando os espaços medulares, os canais haversianos e o espaço subperioste. O osso é afetado secundariamente. Ele é destruído por enzimas proteolíticas, necrosado pela obliteração do suprimento sanguíneo, descalcificado pela inatividade e hiperemia, ativamente reabsorvido por osteoclastos e ativamente reconstruído por osteoblastos. (TUREK, 1991).

O osso é deformado e a pele é escura, fina, fibrosada e desnutrida. Uma ruptura na pele produz uma ulceração que cicatriza lentamente. Os músculos são fibrosados e levam a contratura das articulações adjacentes. Uma exacerbação da infecção se manifesta pela dor difusa que se agrava à noite. O tecido mole suprajacente torna-se edemaciado, quente, avermelhado e doloroso. A temperatura pode elevar-se de um a dois graus. À medida que a infecção evolui, pode-se abrir uma fistula e drenar pequenos depósitos de exsudatos (TUREK, 1991).

O exsudado é formado constantemente sob pressão, o que compromete ainda mais a circulação e espalha a infecção. A parede esclerótica, que está igualmente afetada, age como uma barreira, impedindo o acesso de antibióticos a cavidade (TUREK, 1991).

A cura da infecção exige remoção do seqüestro e excisão do tecido de granulação infectado, escara e invólucro espesso. Proporcionando, um leito residual de osso esponjoso normal sangrante, a regeneração óssea e a cicatrização são rápidas. Nos casos amplos e incontroláveis a amputação é recomendada. (TUREK, 1991).

2.2.4 Lesões de Coluna

As lesões na coluna podem envolver qualquer estrutura como vértebras, discos intervertebrais, ligamentos, medula espinal, raízes nervosas, nervos periféricos, músculos ou qualquer combinação (GOLDENBERG, 2003).

As fraturas ou luxações da coluna cervical podem ser estáveis ou instáveis, causando comprometimento neurológico. Quando ocorre lesão da medula espinhal ou coloca em risco a sua integridade, faz-se a proteção do local lesionado, através da redução das fraturas e luxações e quando necessário, descompressão medular, com estabilização da coluna e, a seguir um programa de reabilitação (GOLDENBERG, 2003).

A abordagem inicial, através da proteção do local lesado é a fase mais importante do tratamento, pois lesões da medula espinhal e das raízes nervosas podem ocorrer devido à manipulação indevida no período pré-hospitalar. No hospital, a propedêutica radiológica é realizada. O diagnóstico de desalinhamento pode indicar a necessidade de tração craniana utilizando-se pesos monitorados clínica e radiograficamente (GOLDENBERG, 2003).

No trauma na coluna torácico-lombar a região mais freqüentemente acometida é o seguimento entre T11 e L1, seguido por lesões entre L1 e L5 e com menor freqüência entre T1 e T10. A principal causa de fraturas são devido aos acidentes automobilísticos, seguidos por quedas de altura, lesões no esporte e violência urbana. O uso do cinto de segurança tem prevenido e reduzido a incidência destas fraturas (GOLDENBERG, 2003).

Segundo Goldenberg (2003), o tratamento das fraturas da coluna torácico-lombar tem condutas padronizadas sendo as lesões neurológicas o diferencial. O tratamento clínico é realizado quando preencher os critérios a seguir:

- ✓ Integridade dos ligamentos posteriores;
- ✓ Redução da altura do corpo vertebral menor do que 50%;
- ✓ Cifose da região fraturada menor do 30 graus.

A deambulação precoce do paciente com o uso de coletes adequados torna mais fisiológico o tratamento e a recuperação do paciente. Um pequeno aumento da cifose no local da fratura pode ocorrer. A monitorização do quadro neurológico é importante devido a esse fenômeno (GOLDENBERG, 2003).

O tratamento cirúrgico está indicado quando houver sinais clínicos e radiológicos de instabilidade da coluna vertebral, na presença de lesão neurológica grave causada por compressão óssea ou se houver falha do tratamento não cirúrgico. Raramente indica-se cirurgia de urgência, pois inicialmente deve-se estabilizar o paciente e realizar um planejamento cirúrgico detalhado (GOLDENBERG, 2003).

Lesões medulares ou da cauda equina ocorrem em aproximadamente 10 a 38% das lesões da coluna torácico-lombar. As lesões neurológicas se acentuam quando são devido a mecanismos torcionais ou de cisalhamento, ocorrendo em 50% nas fraturas com luxações. As lesões entre T5 e T9 têm maior potencial de lesão neurológica, pois nesta região o canal medular é mais estreito e o suprimento vascular é crítico. A lesão músculo-esquelética pode causar hemorragia, edema e compressão por fragmentos ósseos dos elementos neurais, de forma aguda (GOLDENBERG, 2003).

Clinicamente, as lesões neurológicas podem ser classificadas em completas e incompletas, baseado no exame neurológico. As lesões completas são caracterizadas pela completa perda da função sensitiva e motora referente ao nível da lesão medular. Este diagnóstico somente pode ser feito após o final do choque medular, que geralmente tem duração entre 24 a 48 horas após a lesão. A medula espinhal termina na região da vértebra de L1, portanto as fraturas distais a este nível, causam lesões de raízes nervosas. As lesões podem ser reversíveis ou irreversíveis segundo os níveis de lesão e magnitude do acometimento neurológico (GOLDENBERG, 2003).

2.3 Acometimentos Associados ao Sistema Músculo Esquelético

2.3.1 Dor

Segundo Smeltzer e Bare (1998), a dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou em potencial ao tecido. A dor incapacita e causa ansiedade em muitas pessoas mais do que uma simples doença. A enfermeira passa mais tempo com o cliente com dor do que qualquer outro profissional da saúde, por isso possui uma ação imprescindível na identificação e resolução do sentimento.

A definição de dor proposta pela enfermagem é qualquer dor no corpo que o cliente diga que tem, existindo quando ele diz que dói. A regra a ser seguida no cuidado dos clientes com dor é que toda dor é real, mesmo se a causa for desconhecida. (SMELTZER E BARE, 1998, p.158)

A dor aguda é causada por doença ou trauma e é um mecanismo de alarme que desempenha importante papel biológico, avisando o indivíduo de anormalidade e, a partir dos receptores sensitivos, transmitido através das fibras nervosas do tipo A, delta

mielínicas, com elevada velocidade de condução, e amielínicas do tipo C, de condução mais lenta, até os centros medulares e daí ao cérebro (GAMA D'EÇA E CANELLA, 2003).

A dor, diferente segundo sua origem, circunstância e individualidades, tem um componente sensorial, que permite reconhecer o lugar, a duração e a intensidade do estímulo nociceptivo, que lhe confere sua tonalidade desagradável e angustiosa, e cognoscitivos, que inclui dados de memória, reconhecimento e comparação (GAMA D'EÇA E CANELLA, 2003).

2.3.2 Ansiedade

A ansiedade é uma reação normal ao estresse e a ameaça de um dano. Trata-se de uma reação emocional a percepção de um perigo, real ou imaginário. A ansiedade e o medo muitas vezes são usados sinonimamente, no entanto, o medo em geral se refere a uma ameaça específica; a ansiedade a uma ameaça inespecífica (GAMA D'EÇA E CANELLA, 2003).

Uma pessoa passando por um momento de ansiedade pode se sentir desconfortável e apreensiva e pode ter uma sensação vaga de temor. Os sentimento de desesperança e inadequação podem estar presentes, juntamente com uma sensação de alienação e insegurança. A intensidade desses sentimentos pode ser discreta ou suficientemente grande para causar pânico, e a intensidade pode aumentar ou diminuir dependendo da capacidade da pessoa de lidar com o problema e de seus recursos em qualquer ponto determinado no tempo (GAMA D'EÇA E CANELLA, 2003).

A ansiedade é uma reação a doença porque é percebida como determinante das seguintes ameaças: uma ameaça geral a vida, a saúde e a integridade do corpo, exposição e embaraço, desconforto decorrente da dor e da fadiga, alteração na dieta, perda da satisfação sexual, restrições aos movimentos, isolamento, interrupção ou perda dos meios de sobrevivência, precipitação de crise financeira, rejeição ou ridicularização por parte de outras pessoas em decorrência do distúrbio, comportamento inconsciente e imprevisível das figuras de autoridade das quais se depende para o bem-estar, frustração dos objetivos e expectativas, confusão e incerteza acerca do presente e do futuro, e separação dos

familiares e amigos, caso seja necessária uma hospitalização (GAMA D'EÇA E CANELLA, 2003).

As manifestações características da ansiedade dependem do indivíduo e podem incluir reclusão, silêncio, hiperatividade, sudorese, falar ou brincar em demasia, agressividade verbal ou física, fantasias, lamúrias e choro (GAMA D'EÇA E CANELLA, 2003).

2.4 Terapêutica

Apresentamos a seguir, os principais tipos de tratamento utilizados a clientes com problemas ortopédicos internados no ambiente hospitalar, entre eles o uso do gesso, da tração e fixadores externos.

2.4.1 Uso do Gesso

Segundo Smeltzer e Bare (1998), gesso é um dispositivo rígido de imobilização externa que é modelado de acordo com o contorno do corpo ao qual é aplicado. O propósito do gesso é imobilizar a parte do corpo em uma posição específica e aplicar pressão uniforme ao tecido mole encapsulado. Pode ser usado para imobilizar uma fratura reduzida, corrigir uma deformidade, aplicar pressão uniforme ao tecido mole subjacente ou proporcionar apoio e estabilidade à articulação enfraquecida. Geralmente, os gessos permitem a mobilização do cliente, ao mesmo tempo, em que restringem o movimento de uma parte do corpo.

2.4.1.1 Tipos de Gesso

A condição clínica do cliente influencia o tipo e espessura do gesso aplicado. Em geral, as articulações proximal e distal à área a ser imobilizada são incluídas no gesso. Em algumas fraturas, a construção do gesso e modelação podem permitir o movimento de uma

articulação ao mesmo tempo em que imobilizam a fratura. Segundo Smeltzer e Bare (1998), podemos encontrar os seguintes tipos de gesso:

- ✓ *Gesso curto no braço:* estende-se da parte inferior do cotovelo à dobra palmar, prendendo-se na base do polegar. Se o polegar é incluído, é denominado como espiga de polegar ou gesso em forma de luva.
- ✓ *Gesso longo no braço:* estende-se do nível superior da dobra axilar à dobra palmar proximal; o cotovelo, geralmente, é imobilizado em um ângulo reto.
- ✓ *Gesso curto na perna:* estende-se da parte inferior do joelho a base dos dedos. O pé é mantido em ângulo reto na posição neutra.
- ✓ *Gesso longo na perna:* estende-se da junção do terço superior e médio da coxa à base dos dedos. O joelho pode ser ligeiramente flexionado.
- ✓ *Gesso para caminhar:* um gesso de perna longa ou curta que reforça o fortalecimento. Pode incorporar um salto para caminhar.
- ✓ *Gesso corporal:* envolve o tronco.
- ✓ *Gesso em espiga:* incorpora a porção do tronco e uma das extremidades (gesso em espiga único ou duplo).
- ✓ *Gesso em espiga no ombro:* uma jaqueta corporal que envolve o tronco, o ombro e o cotovelo.
- ✓ *Gesso em espiga no quadril:* engloba o tronco e a extremidade inferior; pode ser um gesso em espiga único ou duplo no quadril.

2.4.1.2 Gesso nos braços

O cliente com braço imobilizado com gesso deve se readaptar às várias tarefas rotineiras. O braço não afetado assume todas as atividades da extremidade superior.

Para diminuir e controlar o edema, o braço imobilizado deve ser elevado. Quando o cliente está deitado, o braço é elevado, com cada articulação posicionada mais alto que a articulação proximal precedente. Quando o cliente está sentado, os braços também precisam ser elevados.

Uma tipóia pode ser usada quando o cliente deambula. Para evitar pressão nos nervos da coluna cervical, a tipóia deve distribuir o peso de suporte sobre uma grande área, e não na parte posterior do pescoço.

Distúrbios circulatórios na mão podem tornar-se aparentes com sinais de cianose, edema e incapacidade para movimentar os dedos. Um efeito sério da constrição circulatória no braço com gesso é a contratura de Volkmann, uma síndrome compartimentar. A contratura dos dedos e punho ocorre como resultado da isquemia devido a obstrução do fluxo arterial para o antebraço e mão. O cliente é incapaz de estender os dedos, descreve sensibilidade anormal e exibe sinais de circulação diminuída na mão (SMELTZER E BARE, 1998).

2.4.1.3 Gesso nas pernas

O gesso na perna impõe um grau de imobilidade ao cliente. Ele pode ser curto ou longo. A perna é apoiada sobre um travesseiro macio, ao nível do coração, para controlar o edema. Bolsas de gelo podem ser aplicadas sobre o local da fratura, conforme a prescrição.

A perna deve ser avaliada para circulação adequada e função normal do nervo. A circulação é avaliada pela observação da coloração, temperatura e enchimento capilar dos artelhos expostos. A função do nervo é avaliada pela observação da capacidade do cliente de mover os artelhos e perguntando sobre a sensibilidade do pé. Dormência, formigamento e queimação podem ser devidos a lesão do nervo peroneiro, decorrente da pressão na cabeça da fibula.

A marcha a ser usada depende de o problema permitir ou não a sustentação do peso corporal. Quando sentado, o cliente é encorajado a elevar a perna engessada. O cliente deve deitar-se várias vezes ao dia com a perna engessada elevada para promover melhor retorno venoso (SMELTZER E BARE, 1998).

2.4.1.4 Gesso corporal ou espiga

Conforme Smeltzer e Bare (1998), os gessos corporais podem ser usados em situações que requeiram imobilidade da coluna. Espigas de quadril são usadas para clientes com fratura femoral e algumas cirurgias na articulação do quadril. Gessos em espiga no ombro são usadas para algumas fraturas de colo de úmero. A preparação do cliente, mudança de posição, cuidados higiênicos e com a pele e a monitorização para a síndrome do gesso são responsabilidades da enfermagem.

2.4.2 Fixadores Externos

Os dispositivos de fixação externa são usados para tratar fraturas abertas com lesão de tecidos moles. Eles oferecem apoio estável para fraturas cominutas graves (rachaduras ou lascas), enquanto permitem o tratamento ativo do tecido mole lesado. Fraturas complicadas do úmero, antebraço, fêmur, tíbia e pélvis são tratadas com fixadores externos esqueléticos. A fratura é reduzida, alinhada e imobilizada através de uma série de pinos inseridos nos fragmentos ósseos. Os pinos são mantidos na posição porque são fixados a uma estrutura portátil. Os fixadores facilitam o conforto do cliente, a mobilidade precoce e o exercício ativo de articulações adjacentes não comprometidas. As complicações relacionadas com o desuso e a imobilidade são minimizadas (SMELTZER E BARE, 1998).

É importante preparar o cliente psicologicamente para a aplicação do fixador externo. O aparato parece grosseiro e estranho ao cliente. Deve-se reassegurar que o desconforto associado com o dispositivo é discreto e que a mobilidade precoce antecipada promove a aceitação do dispositivo, bem como, o envolvimento do cliente no cuidado associado com o fixador.

Após a aplicação do fixador externo, pontos cortantes no fixador ou pinos são recobertos para prevenir que o dispositivo cause lesões. A extremidade é elevada para reduzir o edema. O estado neurovascular da extremidade deve ser monitorizado periodicamente. Cada ponto do pino é observado quanto a presença de vermelhidão, drenagem, depressão, dor e afrouxamento do pino.

O cuidado para prevenir a infecções no trato do pino é executada de acordo com a rotina prescrita. Não devem se formar crostas no ponto onde se introduz o pino e o fixador deve ser mantido limpo. Se os pinos ou grampos se afrouxarem, o médico deve ser notificado.

2.4.3 Uso da Tração

Tração é a aplicação de uma força que puxa para fora do corpo. Ela é usada para minimizar os espasmos musculares; para reduzir, alinhar e imobilizar fraturas; para reduzir deformidades; e aumentar o espaço entre as superfícies opostas. Tração deve ser aplicada na direção e magnitude desejadas para obter efeitos terapêuticos (SMELTZER E BARE, 1998).

Às vezes, a tração precisa ser aplicada em mais de uma direção para se alcançar à linha de repuxo desejada. Quando isto é feito, parte de uma das linhas de repuxo contrabalança a outra linha. Estas linhas de repuxo são conhecidas como vetores de força. A força de repuxo atual resultante ocorre num lugar qualquer entre as duas linhas de repuxo. Os efeitos da tração aplicada são avaliados através de raio-X, podendo ser necessário fazer ajustamentos. Como o músculo e o tecido mole relaxam, a quantidade de peso usada pode ser alterada para obter a força de repuxo desejado.

Enquanto se aplica a tração, a contratação deve ser considerada, que é a força atuante na direção oposta. A tração deve ser contínua e eficaz na redução e mobilização de fraturas. As trações pélvica e cutânea cervical são usadas frequentemente para reduzir o espasmo muscular, sendo geralmente prescritas como tração intermitente (SMELTZER E BARE, 1998).

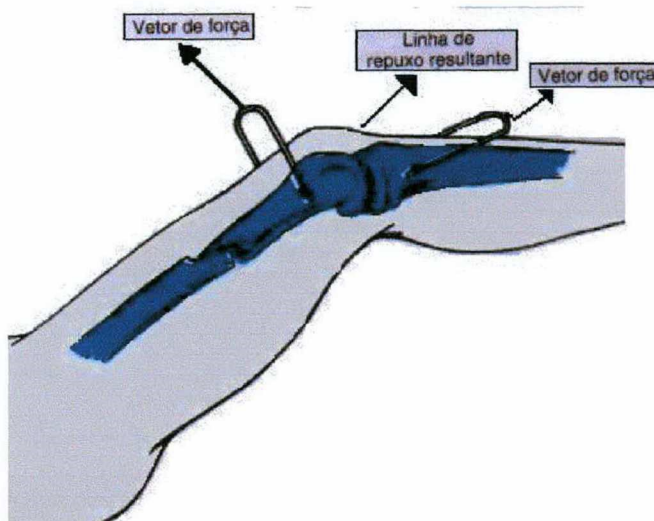


Fig. 14 – A tração pode ser aplicada em diferentes direções para se alcançar à linha de repuxo terapêutica desejada. Ajustamentos na força aplicada podem ser prescritos em todo o período do tratamento (SMELTZER E BARE, 1998, p.1587)

Há dois tipos de aplicação de tração específica: a tração cutânea e a tração esquelética. A tração cutânea é obtida através de um peso de repuxo na fita, esponja emborrachada ou material de lona fixado à pele. A tração na pele se transmite às estruturas músculo-esqueléticas. A tração esquelética é aplicada diretamente no osso. Este método é usado mais freqüentemente para tratar fraturas de fêmur, tíbia, úmero e coluna cervical. A tração é aplicada diretamente no osso pelo uso de pinos de metal ou fio, que é inserido pelo osso distal a fratura, evitando-se os nervos, vasos sanguíneos, músculos, tendões e articulações.

2.4.4 Cirurgias Ortopédicas

Muitos clientes que têm uma disfunção músculo-esquelética precisam submeter-se a cirurgia para corrigir o problema. Os problemas que podem ser corrigidos através de uma cirurgia incluem fratura não estabilizada, deformidade, doença articular, tecido necrótico ou infectado, circulação comprometida e tumores.

Os procedimentos cirúrgicos usados freqüentemente incluem redução aberta com fixação interna para fraturas; artroplastia, menisectomia e substituição articular para problemas articulares; amputação para problemas graves na extremidade (gangrena, trauma maciço); enxerto ósseo para a estabilização articular, preenchimento de defeito ou

estimulação da consolidação; e transplante de tendão para melhorar o movimento. As metas de muitas cirurgias ortopédicas incluem melhorar a função pela restauração do movimento, estabilidade e alívio da dor e incapacidade (SMELTZER E BARE, 1998).

2.5 Principais cuidados de Enfermagem

O plano de cuidados de enfermagem não pode ser elaborado sem o conhecimento básico das doenças, condições e tipos de trauma que afetam o cliente. Esta ação deve englobar as condutas de enfermagem específicas relativas a educação do cliente, acompanhante e/ou família (DONAHOO, 1979).

Descrevemos a seguir, os principais cuidados de enfermagem relacionados à ortopedia, ressaltando que estes cuidados não estão dissociados dos demais. As atividades relacionadas ao desenvolvimento do autocuidado ao cliente com problemas ortopédicos, guia todos os passos da assistência que pretendemos desenvolver.

- ✓ Explicar ao cliente as medidas de enfermagem realizadas.
- ✓ Avaliar o tipo e localização da dor e desconforto do cliente.
- ✓ Adotar medidas de controle da dor, tais como: imobilização e apoio para a área lesada, realizar mudança de decúbito em bloco, elevar a extremidade afetada ao nível do coração, aplicar gelo, conforme prescrição.
- ✓ Estimular a realização de exercícios de amplitude de movimentos ativos e passivos nas articulações não-imobilizadas.
- ✓ Estimular a realização de exercícios isométricos, conforme a capacidade e estado clínico do cliente.
- ✓ Estimular a mudança de decúbito quando permitido, dentro dos limites de mobilização do dispositivo em uso.
- ✓ Avaliar o desenvolvimento de comprometimento neurovascular, tais como aumento da dor e edema, pele fria, redução da habilidade motora, sensibilidade anormal e preenchimento capilar reduzido
- ✓ Ensinar ao cliente, família e/ou acompanhante sobre os sinais e sintomas de comprometimento neurovascular e de rompimento da integridade da pele.

- ✓ Avaliar o desenvolvimento de rompimento da integridade da pele, como escarificação, drenagem e sensação de irritação.
- ✓ Orientar e estimular o cliente a expressar suas preocupações, falar sobre seu caso clínico e os problemas associados a ele, bem como, oferecer suportes como mecanismos de enfrentamento.
- ✓ Envolver a acompanhante e/ou família nos cuidados e serviços de suporte necessários para o cliente.
- ✓ Encorajar a participação do cliente no desenvolvimento do esquema terapêutico.
- ✓ Ensinar sobre o uso seguro de modalidades de tratamento e dispositivos de imobilização, supervisionar o seu uso e avaliar a capacidade do cliente acompanhante e/ou família para o autocuidado no domicílio.

"Morre lentamente quem não se permite,

Pelo menos uma vez na vida,

Ouvir conselhos sensatos.

Morre lentamente quem não viaja,

Não lê, não houve músicas,

Quem não acha graça em si mesmo".

(Pablo Neruda)

3 MARCO CONCEITUAL

“Marco conceitual é um conjunto de definições e conceitos inter-relacionados com o objetivo de apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e de guiar a prática de um modo abrangente” (SANTOS, 1991, p.93). “Com o uso do Marco Conceitual fundamentado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a enfermeira atua em um sistema centrado no cliente, encorajando-o para ser responsável por seu próprio cuidado” (SANTOS, 1991, p.89).

Dorothea Orem, com a sua Teoria de Enfermagem engloba os instrumentos necessários para o Trabalho de Conclusão de Curso que implantamos na Unidade Ortopédica do Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis, que teve como finalidade estimular o desenvolvimento para o autocuidado, através de orientações de educação para a saúde aos clientes com problemas ortopédicos, acompanhante e/ou família.

A maioria dos clientes com problemas ortopédicos traumáticos vivenciam um acontecimento súbito e inesperado. Por este motivo, apresentam dificuldades para lidar com uma nova condição física. Esta condição limitante pode ser transitória ou permanente e precisa de adaptação e uma assistência comprometida e efetiva, que os auxilie a continuar sua trajetória, estimulando e orientando o desenvolvimento do autocuidado. Com o propósito de fornecer segurança e confiança no tratamento, além de ajuda e apoio, envolvendo os acompanhantes e/ou familiares nesta assistência.

3.1 Conhecendo Dorothea Orem

Dorothea Orem nasceu em Baltimore, Maryland, em 1914. Iniciou seus estudos na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, D.C. Em 1939, conclui o curso de Enfermagem e recebe o grau de Bacharel em Ciências da Educação para a Enfermagem. Obtém o grau de Mestre em Enfermagem em 1945. Em 1976, recebe o título de Doutora Honorária em Ciências e em 1980, obtém o Alumni Achievement Award for Nursing Theory.

O conceito de enfermagem de Orem, como provimentos de autocuidado, foi publicado pela primeira vez, em 1959. Em 1965, ela se uniu a vários catedráticos da Catholic University of América, para formar um Comitê Modelo de Enfermagem (Nursing Model Committee). Em 1968, um setor deste comitê continuou o seu trabalho, através do Grupo de Conferências para o Desenvolvimento da Enfermagem (Nursing Development Conference Group – NDCG). Esse grupo foi formado para produzir uma estrutura conceitual à Enfermagem e estabelecer a disciplina de Enfermagem. O NDCG publicou *Concept Formalization in Nursing: Process and Product*, em 1973 e 1979.

Posteriormente, Dorothea Orem desenvolveu seus conceitos de “autocuidado” e , em 1971, publicou *Nursing: Concepts of Practice*. A segunda e terceira edição foram publicadas em 1980 e 1985, respectivamente. A primeira centralizou seu foco no indivíduo. A segunda ampliou-se para concluir unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades). A terceira edição desenvolveu-se para apresentar a Teoria Geral de Enfermagem de Dorothea Orem que é formada por três construtos teóricos: Teoria do Autocuidado, a Teoria das Deficiências do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Definiu, também, os requisitos ou exigências para o autocuidado em três categorias: universais, desenvolvimentais e desvios de saúde.

3.2 Conhecendo a Teoria do Autocuidado

Dorothea Orem, em sua teoria, preocupa-se em desenvolver e validar o conceito de autocuidado. O autocuidado é a ação que o indivíduo executa por si mesmo para manter,

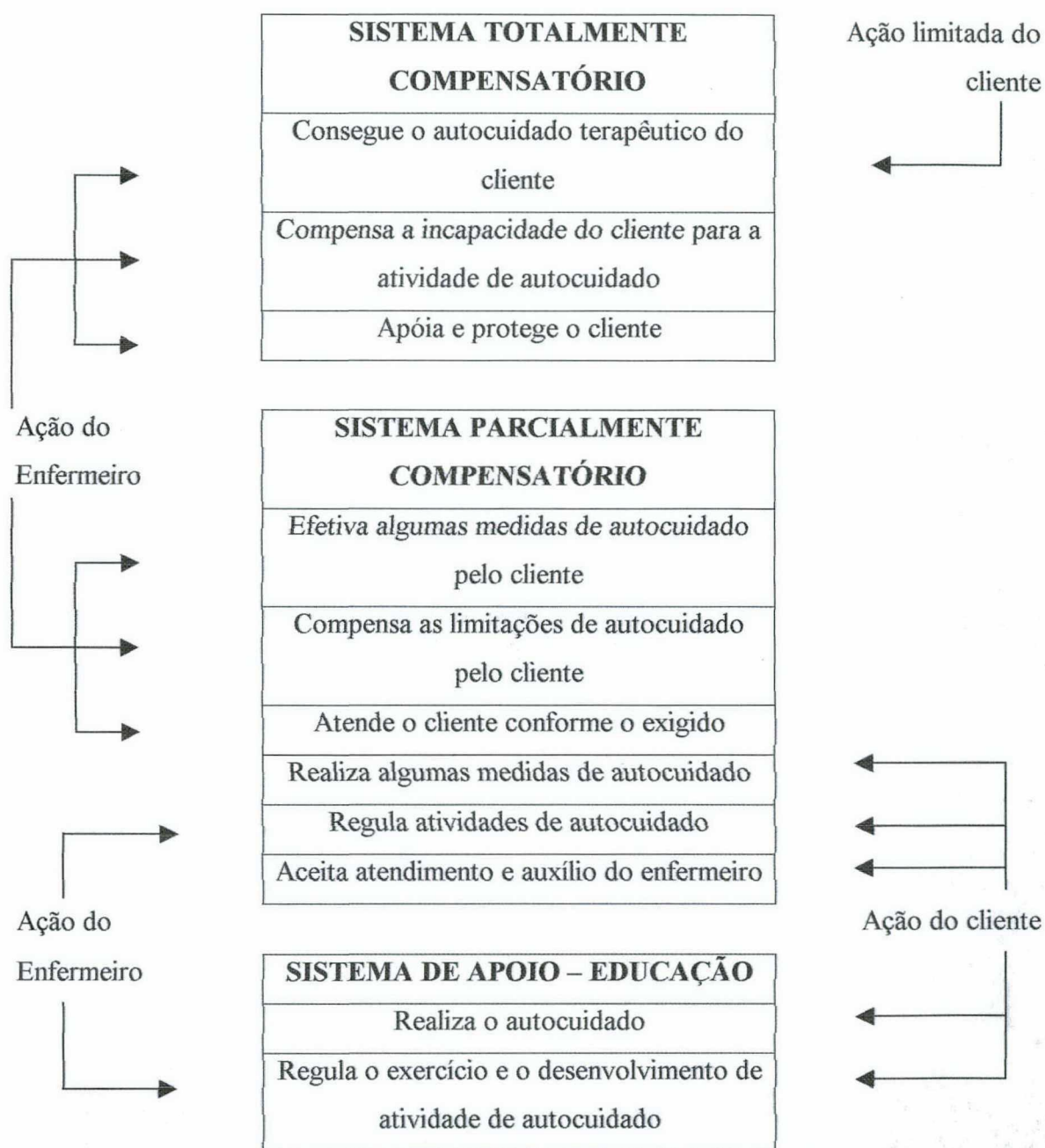
promover e recuperar a saúde. Há três tipos de autocuidado: universal; de desenvolvimento humano e de desvios de saúde.

A Teoria do Autocuidado tem como base três conceitos:

- ✓ Competência dos indivíduos para o autocuidado – enfatiza o poder dos indivíduos de se engajarem no autocuidado de forma a atender suas necessidades individuais. Inicia-se na infância, com seu pico na idade adulta. Podendo ou não regredir na terceira idade e ser estimulada pela curiosidade, estudos e experiências durante a realização do autocuidado. Também é influenciada pelo ambiente/sociedade, representando suas atitudes, crenças, valores e capacidade cognitiva.
- ✓ Demanda Terapêutica para o autocuidado – são as necessidades dos indivíduos em relação à manutenção da vida, saúde e bem estar. Apresenta três requisitos, demanda de autocuidado universal, demanda de autocuidado relativa ao desenvolvimento dos indivíduos e a demanda do autocuidado relativa às alterações de saúde.
- ✓ Competência do enfermeiro para o autocuidado – é a capacidade do profissional para identificar déficits na execução das ações do autocuidado requeridas pelo indivíduo e implementar as medidas de ajuda para suprir estas necessidades. Engloba a capacidade de desempenhar as ações de autocuidado para, pelo e com o indivíduo.

Esta relação apresentada entre a demanda terapêutica de autocuidado e a competência dos indivíduos para desenvolvê-la, acarreta o aparecimento de sistemas de enfermagem que inter-relacionam estes conceitos. Para tanto, Dorothea Orem estabelece três tipos de sistemas de enfermagem, relacionados com a dinâmica do autocuidado. São eles: sistema de compensação total, sistema de compensação parcial e sistema de suporte educacional.

O primeiro é utilizado quando o indivíduo está totalmente incapacitado para atender suas necessidades de autocuidado. O segundo é aplicado quando o cliente apresenta algumas dificuldades de competência para atender suas necessidades de autocuidado, não atingindo a totalidade de demanda terapêutica. O último é abordado quando o cliente necessita adquirir conhecimentos e habilidades, poder decisório e comportamento de controle em relação às suas necessidades de autocuidado.



Esquema 1 – Sistemas básicos de Enfermagem (FOSTER E JANSSENS, 1993, p.95)

3.3 Pressupostos da Teoria do Autocuidado

Entre os pressupostos que guiam a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem *apud* Guimarães (1989, p.53), destacamos:

- ✓ “A enfermagem é um serviço de ajuda deliberado, desempenhado pelo enfermeiro para outras pessoas, por um período de tempo”.

- ✓ “As pessoas são capazes e desejam desempenhar autocuidado para si e para os membros dependentes da família”.
- ✓ “Autocuidado é a parte da vida necessária à saúde, ao desenvolvimento humano e ao bem estar”.
- ✓ “A educação e cultura influenciam os indivíduos em suas ações de autocuidado”.
- ✓ “Autocuidado é aprendido através da interação humana e comunicação”.
- ✓ “As pessoas podem ser autoconfiantes e responsáveis por seu próprio autocuidado, tanto quanto, do cuidado a outros na sua família, que não estão capazes de cuidarem de si mesmos”.
- ✓ “As pessoas são indivíduos com identidades distintas dos outros e do seu meio ambiental”.
- ✓ “O autocuidado inclui ações deliberadas e sistemáticas, para satisfazer exigências de saúde identificadas, próprias ou de outros”.

3.4 Pressupostos Pessoais Baseados na Teoria do Autocuidado

Refletindo sobre os pressupostos da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e, contextualizando-os com o desenvolvimento desta Prática Assistencial, determinamos os seguintes pressupostos:

- ✓ Os clientes com problemas ortopédicos têm necessidade de desenvolver ações que promovam o autocuidado voltado para o seu bem estar.
- ✓ O acompanhante e/ou família do cliente com problema ortopédico complementa as atividades do autocuidado que este não pode assumir, devido a sua limitação física e/ou neurológica.
- ✓ O autocuidado desenvolvido pelo cliente, acompanhante e/ou familiar consiste em uma ação deliberada, cheia de propósitos na busca de metas e resultados efetivos/positivos.
- ✓ O cliente, acompanhante e/ou familiar é capaz de assimilar, através da interação e comunicação, os conhecimentos necessários para o desenvolvimento das ações do autocuidado.

- ✓ A realização do autocuidado do cliente, acompanhante e/ou familiar está intimamente influenciado pela idade, condições sócio-econômico-culturais, experiências e interações estabelecidas no decorrer da sua vida.
- ✓ A auto-imagem e a auto-estima são requisitos necessários para o autocuidado.

3.5 Conceitos

Conceitos são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos de uma teoria. Portanto, podemos afirmar que os conceitos:

“São representações mentais e gerais de determinadas realidades; mentais porque não é a realidade em si mesma, mas uma imagem mental dela; são representações gerais, porque contém características de determinada classe da realidade, como, por exemplo, livro, sentimento, ser humano e assim por diante” (TRENTINI E PAIM, 1999, p.56).

3.5.1 Conceitos relacionados a aplicação da Teoria do Autocuidado e ao Projeto de Prática Assistencial

Nesta proposta de trabalho, estaremos utilizando como “guia orientador da prática” os conceitos de ser humano, família, meio ambiente, saúde/doença, enfermagem, aprendizagem e autocuidado, fundamentados pela Teoria de Dorothea Orem.

No decorrer do desenvolvimento da Prática Assistencial, sentimos a necessidade de acrescentar o conceito de diagnóstico de enfermagem como guia no primeiro momento do processo de enfermagem baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem durante a elaboração do diagnóstico dos déficits de autocuidado.

✓ Ser Humano

Na concepção de Dorothea Orem, o ser humano é “uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema”. Ela acredita que o ser humano é um ser que tem necessidade de autocuidado e que o mesmo é responsável e possui habilidade (capacidade) para cuidar de si próprio e de seus dependentes. Na discussão sobre a natureza do ser humano, Dorothea Orem acrescenta, ainda, que o mesmo se distingue de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e usar criações simbólicas (idéias, palavras), através do pensamento, da comunicação e da ação, em seu próprio benefício ou de outros (OREM *apud* SANTOS, 1991, p.98).

Apesar ter alguns déficits, o ser humano com problemas ortopédicos possui sentimentos, desejos e objetivos de vida, além de ter o livre arbítrio sobre as ações e atitudes, escolhendo o que lhe traz benefício, tanto para si como para sua família, acerca do seu bem estar biopsicosocial.

✓ Família

“Família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, como uma estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de interesse e/ou afetividade. A família reafirma a sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico, tem direitos e responsabilidades, vive num ambiente em interação com outras pessoas, famílias, grupos e instituições (escola, centro de saúde) em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo, de seus membros, e de seu próprio processo de viver com o grupo” (BOEHS, 2001).

A família do cliente com problemas ortopédicos pode promover e estimular o autocuidado em diversas situações, como: trauma raqui-medular (TRM), politraumatismos, fraturas de quadril, entre outras, desenvolvendo esta prática, conforme as orientações de educação para a saúde recebida da equipe multidisciplinar.

✓ **Meio Ambiente**

Santos (1991), interpretando Dorothea Orem, afirma que o meio ambiente como um conceito separado e considerado relativamente insignificante. Tal interpretação desprende-se do fato de que este é considerado um sub-conceito de ser humano, já que para a teórica, ser humano e meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. De acordo com esta teoria, meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas ambientais, pelo impacto que uma exerce sobre a outra. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das suas atividades de autocuidado. O meio ambiente, segundo Dorothea Orem, é controlado pelo ser humano, através da utilização de tecnologias, a fim de satisfazer suas necessidades. Cabe ao ser humano, portanto, escolher o curso de ação que ele julga ser benéfico para o seu próprio funcionamento e promover a integração com o meio ambiente.

Todos os seres humanos precisam estar em equilíbrio com o meio ambiente e vice versa, pois um influencia o outro no decorrer da sua jornada. Um ambiente familiar tranquilo, aconchegante e cômodo, favorece o bem estar do indivíduo e este se torna mais confiante diante do seu papel de ser humano, racional e social, em todo o seu contexto, inclusive na presença de limitações físicas decorrentes de fatores diversos, tais como traumatismos.

✓ **Saúde e Doença**

A saúde é descrita como “um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e modo de funcionamento”. Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, os quais são considerados por Dorothea Orem, como inseparáveis do indivíduo. Para a teórica, o conceito de saúde implica, também, na integridade estrutural e funcional do ser humano, dirigindo-se a níveis maiores de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Saúde, portanto, consiste na capacidade do ser humano de viver o seu potencial máximo (SANTOS, 1991, p.120).

Segundo Santos (1991, p.121), embora Orem não explicita o conceito de doença, a mesma considera que qualquer alteração da estrutura funcional constitui-se em déficit de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser humano. Tais alterações podem estar relacionados com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes, determinam no indivíduo um estado de desvio da saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de autocuidado.

O cliente com problemas ortopédicos, dependendo do seu caso clínico, pode realizar total e parcialmente o seu autocuidado, bem como, recebê-lo de pessoas mais próximas, geralmente, familiares. As atividades de autocuidado são aprendidas e realizadas de acordo com a sociedade na qual o indivíduo está inserido.

✓ Enfermagem

“A enfermagem é uma arte, um serviço de ajuda e uma tecnologia, (...) como arte é a qualidade inerente a enfermagem que lhes permite fazer investigações criativas, analisar e sintetizar as variáveis e fatores condicionantes, (...) para obtenção de produção de um sistema efetivo de assistência a indivíduos ou grupos. Como um serviço de ajuda, são ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas por enfermeiros, para ajudar a indivíduos ou grupos sob seu meio ambiente. E como tecnologia são informações sistematizadas sobre o mesmo processo ou método, para obter resultados desejados através de um empenho prático deliberado com ou sem o uso de materiais ou instrumentos. As ações de enfermagem podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação do enfermeiro, ou pelo enfermeiro quando a pessoa tem limitações que não podem ser imediatamente suplantadas. Esta forma de relação de ajuda enfermeiro/paciente é contratual por natureza, portanto, para que o autocuidado se concretize é necessário, que o enfermeiro e o cliente, tenham os mesmos objetivos, que trabalhem em comum acordo não havendo imposição de tratamento. Assim, a enfermagem deve ter como principal preocupação a necessidade do indivíduo de se autocuidar e a provisão e manutenção desde autocuidado de uma forma contínua, de modo a manter a vida e saúde, recuperar-se da doença ou dano e enfrentar seus efeitos” (OREM apud GUIMARÃES, 1989, p.58-59).

A enfermagem tem um papel fundamental na relação com os clientes, por isso, deve assumir uma postura científica, ética, solidária e humana diante das pessoas. Muitas vezes, o ensino e o estímulo para o autocuidado, diante de alguns déficits, são

fundamentais para a realização do mesmo. Em especial, na ortopedia, pois muitas vezes as limitações físicas fazem com que os clientes sintam-se impossibilitados de realizarem todo e qualquer cuidado, principalmente, para si. Cabe a equipe de enfermagem, aliada aos recursos presentes, encontrarem uma forma de realizar as ações, respeitando a potencialidade e os limites de cada cliente.

✓ **Aprendizagem**

A aprendizagem é necessária para a efetivação do autocuidado. Pode ser uma questão de absorção, como quando o cliente observa o profissional competente cuidando dele, ou também, através de experiências de aprendizagens específicas e planejadas, tais como a leitura, discussão e a resolução de problemas. A aprendizagem no autocuidado é fundamental para o desenvolvimento de conhecimentos, métodos e atitudes positivas relacionadas ao autocuidado e a saúde (OREM *apud* GUIMARÃES, 1989).

A equipe multidisciplinar da ortopedia deve estar em constante atualização acerca da temática. Conseqüentemente, o profissional e o acompanhante e/ou família promovem a assistência e estimulam o autocuidado com mais confiança e habilidade, de modo completo e específico para cada situação.

✓ **Autocuidado**

*“O autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e efetuam pessoalmente em seu próprio benefício, para manterem a vida, a saúde e o bem estar (...) é uma contribuição pessoal e contínua dos seres humanos para manterem sua saúde e bem estar próprios ou dos outros. O autocuidado é propositado e contribui para o funcionamento e desenvolvimento da integridade estrutural humana” (OREM *apud* GUIMARÃES, 1989, p.59).*

Segundo Dorothea Orem, o autocuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma, quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz. O autocuidado consiste em uma contribuição contínua do adulto para a manutenção de sua existência, saúde e bem estar. É uma ação que possui propósito e, quando efetivamente desempenhada, contribui de maneira específica para a integridade estrutural, funcional e o desenvolvimento humano. Para a autora, o autocuidado é empenho humano,

comportamento aprendido que possui características de ação deliberada. É produzido conforme os indivíduos se envolvem na ação para cuidarem de si próprios, para regularem seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, influenciando fatores internos e externos (SANTOS, 1991, p.103).

Os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas autocuidado, são designadas por Orem de requisitos de autocuidado. Três tipos de requisitos do autocuidado são identificados pela teorista:

1. Os requisitos de autocuidado universais, que são comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores;
2. Os requisitos de autocuidado relativos ao desenvolvimento humano são associados as condições e eventos que ocorrem durante vários estágios do ciclo vital e que possam afetar adversamente o desenvolvimento. Estes requisitos estão mais relacionados aos eventos estruturais vinculados a etapas específicas do ciclo vital;
3. Os requisitos de autocuidado relativos aos desvios de saúde envolvem os cuidados necessários na presença de doenças ou limitações, relacionados a defeitos genéticos, constitucionais, desvios estruturais e funcionais humanos.

Diante das informações da teórica, acreditamos que os clientes com problemas ortopédicos necessitam mais efetivamente de autocuidado relacionados aos processos desenvolvimentais humanos e relacionados aos desvios de saúde, pois muitas vezes, subitamente, eles podem ficar total ou parcialmente limitados, dependendo do grau de comprometimento de cada cliente.

✓ Diagnóstico de enfermagem

“É o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou da comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável” (NANDA apud BENEDET E BUB, 2001, p.23)

O diagnóstico está presente em todas as propostas do processo de enfermagem, contribuindo para aumentar as lacunas de conhecimento sobre as ações de enfermagem, cooperando positivamente para o aumento da autonomia dos enfermeiros, servindo de referência para o desenvolvimento de suas ações e fornecendo as possibilidades para as conclusões do raciocínio clínico. O processo de raciocínio e diagnóstico envolve três tipos de atividades: a busca de informações, interpretação e denominação ou rotulação (BENEDET E BUB, 2001).

3.6 Processo de Enfermagem de Dorothea Orem, baseado em Foster e Janssens (1993)

A abordagem do processo de enfermagem de Dorothea Orem apresenta um método de determinação dos déficits de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado.

O referido processo é composto por três passos: (1) determinar a razão pela qual uma pessoa precisa dos cuidados equipe multidisciplinar; (2) planejar o sistema de enfermagem e a assistência, de acordo com o sistema planejado; (3) iniciar, conduzir e controlar as ações de enfermagem.

Passo 1: Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem

Nesta fase de avaliação, o enfermeiro, através da coleta de dados busca respostas às seguintes indagações:

- ✓ Quais são as exigências de cuidados terapêuticos do cliente? Atualmente? E futuramente?
- ✓ O cliente possui algum déficit que compromete suas ações de autocuidado?
- ✓ Em caso afirmativo, qual é a natureza do déficit e quais as razões de sua existência?
- ✓ Qual é o potencial do cliente para engajar-se em atividades de autocuidado, num período de tempo ainda por vir?
- ✓ Qual é o potencial do cliente de ampliar ou aprofundar conhecimentos acerca do autocuidado?
- ✓ Qual o potencial do cliente para aprender técnicas de autocuidado?

- ✓ Qual é o potencial do cliente, relacionado ao estímulo e desejo de engajar-se em atividades de autocuidado?
- ✓ Qual é o potencial do cliente de incorporar as medidas básicas de autocuidado (inclusive novas) aos sistemas de autocuidado e vida cotidiana?

Uma vez reunidos os dados de avaliação, eles devem ser analisados, segundo os requisitos universais, desenvolvimentais e nos desvios de saúde.

Passo 2: Projeção e Planejamento da Assistência de Enfermagem

Nesta etapa, o enfermeiro cria um sistema, que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório, ou de apoio-educação. As ações envolvidas no planejamento dos sistemas de enfermagem contemplam: a realização de uma boa organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes e, a seleção da combinação de maneiras de auxílio que sejam, ao mesmo tempo, efetivas e eficientes na tarefa de compensar ou sobrepujar os déficits de autocuidado dos clientes.

Com a utilização do modelo de Dorothea Orem, as metas são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o cliente a tornar-se um verdadeiro agente de autocuidado.

Passo 3: Produção e Gerenciamento do Sistema de Enfermagem

Para finalizar o processo de enfermagem, o enfermeiro presta auxílio ao cliente/família, no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde e a ela ligados, coletando evidências que descrevam o resultado dos cuidados e, utilizando tais evidências na avaliação dos resultados alcançados, em comparação com os resultados especificados no plano do sistema de enfermagem.

A evolução é um processo contínuo faz parte deste passo, onde juntos, enfermeiro e cliente realizam a avaliação.

Proposta de modelo do Processo de Enfermagem baseado na Teoria do Autocuidado de Orem					
1º Momento		2º Momento		3º Momento	
Diagnóstico dos déficits de autocuidado	Classificação dos déficits nos requisitos de autocuidado	Definição do Sistema de Enfermagem	Projeção da Assistência de Enfermagem	Ações de Enfermagem	Avaliação da Assistência de Enfermagem

Esquema 2 – Modelo do Processo de Enfermagem (COLAÇO E SANTOS, 2002, p.29)

"Conhecer as manhas e as manhãs

O sabor das massas e as maçãs

É preciso amor pra poder pulsar

É preciso paz pra poder sorrir

É preciso a chuva pra florir

Todo mundo ama um dia

Todo mundo chora.

Um dia a gente chega

No outro vai embora..."

(ALMIR SATTER)

4 METODOLOGIA

Desenvolvemos Assistência de Enfermagem aos clientes com problemas ortopédicos, acompanhantes e/ou familiares, baseadas na Teoria de Dorothea Orem para estimulando e realizando ações que promovam o autocuidado, juntamente com a equipe multidisciplinar.

Aprimoramos nossa capacidade para identificar déficits das ações de autocuidado requeridas pelo indivíduo e implementar as medidas de ajuda para suprir estas necessidades, através dos sistemas de compensação total, parcial e suporte educacional.

A população alvo deste estudo são os clientes, acompanhantes e/ou familiares na Unidade de Internação Ortopédica do Hospital Governador Celso Ramos de Florianópolis, no período de nove de abril a doze de junho de 2003 (Apêndice B).

Acompanhamos mais efetivamente quatro clientes, nos quais identificamos maior déficit no autocuidado universal, desenvolvimental e de alterações de saúde. O Processo de Enfermagem desenvolvido foi descrito no, nos moldes citados no Capítulo 3.

4.1 Detalhamento das estratégias desenvolvidas na Prática Assistencial

- a) Inteirar-se do processo de cuidar desenvolvido pela equipe multidisciplinar, a clientes com problemas ortopédicos, acompanhantes e/ou família.

Plano de Ação:

- ⇒ Ambientar-se com a equipe multidisciplinar e com a rotina da unidade conhecendo os profissionais, observando e acompanhando as suas atividades diárias.
- ⇒ Levantar os principais problemas ortopédicos atendidos na unidade de internação, através de pesquisas em livros de registro, troca de informações e experiências com a equipe multidisciplinar.
- ⇒ Inteirar-se dos recursos materiais utilizados nos problemas ortopédicos, conhecendo, manuseando e acompanhando a sua utilização prática.
- ⇒ Conhecer a assistência de saúde desenvolvida pela equipe, observando e acompanhando as ações realizadas pelos profissionais.
- ⇒ Observar a interação da equipe multidisciplinar com o acompanhante e/ou família, durante a realização das atividades de rotina.
- ⇒ Traçar um perfil dos clientes atendidos pela equipe durante o período de estágio, destacando os principais aspectos, como: sexo, faixa etária, patologia e tempo de internação.
- ⇒ Participar da passagem de plantão.

Avaliação:

- ⇒ Este objetivo será alcançado se ao final do estágio tivermos adquirido um conhecimento geral acerca da estrutura física, organizacional, assistencial e administrativa da unidade de internação Ortopédica e da Instituição, apresentando de uma forma mais ampliada a estrutura organizacional e funcional da unidade estudada em nosso relatório final.

- b) Ampliar os nossos conhecimentos teóricos acerca da assistência multidisciplinar, relacionado aos problemas ortopédicos.

Plano de Ação:

- ⇒ Otimizar nossos conhecimentos sobre ortopedia, através de bibliografias recentes.
- ⇒ Ampliar o Capítulo de Revisão de Literatura, destacado no item 2, nesse Projeto Assistencial, relacionando a assistência de enfermagem com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.
- ⇒ Conhecer outras instituições de referência em atendimento a clientes com problemas ortopédicos, sendo que, na cidade de Curitiba, o Hospital Cajuru vinculado a Pontifícia Universidade Católica do estado do Paraná; e na Grande Florianópolis, o Hospital Florianópolis e o Hospital Regional de São José.
- ⇒ Participar de um evento relacionado a temática, o XIII Sulbrasileiro de Ortopedia e Traumatologia, que será realizado na cidade de Florianópolis em Santa Catarina, nos dias 5, 6 e 7 de junho de 2003.
- ⇒ Aplicar conhecimentos teóricos recentes para a assistência em ortopedia.

Avaliação:

- ⇒ Este objetivo será alcançado através da ampliação do capítulo de revisão de literatura, da apresentação de pelo menos um relatório de visita a outras instituições e o certificado de participação de evento ligado a temática.

- c) Assistir o cliente com problemas ortopédicos, desenvolvendo ações que promovam e incentivem o autocuidado.

Plano de Ação:

- ⇒ Aplicar o processo de enfermagem guiado pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem com quatro clientes, com características pré-estabelecidas, citadas no início deste capítulo, seguindo as etapas a seguir:
 - ✓ *Diagnóstico e prescrição de enfermagem:* elaborar e aplicar o histórico de enfermagem e conhecer as necessidades de autocuidado do cliente.
 - ✓ *Projeção e planejamento da assistência de enfermagem:* priorizar e analisar as ações de autocuidado a serem desenvolvidas pelo cliente; orientar sobre o autocuidado universal, relativo ao desenvolvimento dos indivíduos e relativo às alterações de saúde.

- ✓ *Produção e gerenciamento do sistema de enfermagem*: analisar e avaliar o autocuidado desenvolvido pelo cliente.
- ✓ Para subsidiar o desenvolvimento da etapa de diagnósticos, vamos utilizar o referencial de Benedet e Bub (2001).

Avaliação:

- ⇒ Este objetivo será alcançado no decorrer do estágio, desenvolvendo ações que promovam e incentivem o autocuidado aos clientes internados, bem como atuar na assistência de forma mais efetiva com pelo menos quatro clientes, desenvolvendo todas as etapas do processo de enfermagem.

d) Orientar o acompanhante e/ou familiar para que ele (a) participe da assistência direta ao cliente, visando torná-lo apto ao desenvolvimento da assistência no ambiente domiciliar.

Plano de Ação:

- ⇒ Orientar sobre as normas e rotinas da unidade.
- ⇒ Observar e acompanhar a participação do acompanhante e/ou família nos cuidados com o cliente internado.
- ⇒ Explicar ao acompanhante e/ou familiar sobre a importância da realização de autocuidado pelo cliente.
- ⇒ Estimular a participação do acompanhante e/ou familiar durante a realização da assistência realizada pela equipe.
- ⇒ Oportunizar ao acompanhante e/ou familiar, questionamentos e indagações sobre a assistência realizada na unidade.

Avaliação:

- ⇒ Este objetivo será alcançado se durante o estágio os acompanhantes e/ou familiares de pelo menos quatro clientes escolhidos promovam e incentivem o autocuidado destes clientes. Para verificar o alcance deste objetivo nos utilizaremos da observação dos cuidados realizados pelos acompanhantes e/ou familiares e solicitaremos aos mesmos uma avaliação das atividades realizadas.

- e) Promover oficina educativa com acompanhantes e/ou familiares de clientes com problemas ortopédicos presentes na unidade, acerca do cuidado biopsicosocial.

Plano de Ação:

- ⇒ Realizar atividade lúdica que estimule a participação dos presentes, compartilhando dúvidas, ansiedades e preconceitos, entre outros, no desenvolver do processo de cuidar.
- ⇒ Discutir sobre a importância do acompanhante e/ou familiar para a reabilitação do cliente.
- ⇒ Levantar as principais ações de autocuidado necessárias aos clientes internados, a partir da percepção do acompanhante e/ou familiar.
- ⇒ Solicitar que os participantes da oficina educativa avaliem verbalmente o encontro.

Avaliação:

- ⇒ Este objetivo será alcançado se após a realização de pelo menos uma oficina educativa com acompanhantes e/ou familiares, os mesmos apresentarem-se ambientalizados com a unidade de internação e com a equipe multidisciplinar, sanando as dúvidas e dificuldades no autocuidado ao cliente e aliviando os estressores da hospitalização, sendo tal fato constatado por meio de observação e de manifestação verbal dos mesmos.

4.2 Implicações Éticas

Quando pensamos nos aspectos éticos de uma prática assistencial, principalmente quando desenvolvemos tal reflexão como uma tarefa acadêmica, lembramos dos cuidados “éticos” que teremos que tomar, como aqueles relacionados aos direitos dos clientes ou os deveres e responsabilidades que fazem parte de nosso estatuto profissional.

Na área da saúde, as questões éticas envolvem um universo composto por pessoas, em sua maioria, implicando situações de caráter ético e profissional, pela própria característica dessa área, pessoas que trabalham com, na, pela e para as pessoas. No seu trabalho diário, a equipe de enfermagem vive dilemas éticos relacionados às decisões que necessitam ser tomadas diante de algumas situações.

Na Enfermagem Brasileira não há código específico para pesquisas em enfermagem; o que há é referência no Código de Deontologia de Enfermagem no Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), onde qualquer pesquisa de Enfermagem concentra significado ético na convicção sobre a dignidade do ser humano e sobre o valor da vida (TRENTINI E PAIM, 1999).

Segundo Trentini e Paim (1999), regras gerais são essenciais para que o pesquisador assegure a proteção dos direitos ao ser humano, como: manter sigilo e anonimato, preservar os valores morais do “pesquisado”, assegurar a liberdade do “pesquisado” entrar no estudo e dele sair a qualquer momento, obter o consentimento voluntário, sem qualquer artifício de coerção, acompanhar vigilante para que o “pesquisado” não seja afetado por ameaças ou danos. Esses cuidados estão no bojo da construção ética de qualquer projeto de pesquisa assistencial. A proteção dos direitos do ser humano é o compromisso fundamental da construção do projeto, o pesquisador assume liderança moral no desenvolvimento dessa cobertura ético-legal.

O consentimento das chefias da instituição é importante para o desenvolvimento da investigação naquela instituição, mas não substituem o consentimento do responsável ou do próprio “pesquisado”, do ponto de vista da cobertura ético-legal da pesquisa.

Segundo Trentini e Paim (1999), o consentimento que usamos em nossa Prática Assistencial pode ser classificado em formal, pois envolve mudança de atitude ou comportamento do “pesquisado”, já que ele será estimulado, bem como seu familiar e/ou acompanhante, ao autocuidado, podendo se tratar de uma mudança de atitude ou apenas de uma ênfase ao trabalho que estas pessoas já vêm desenvolvendo ao longo de suas vidas. Utilizamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido durante nossas atividades práticas.

A eticidade da pesquisa implica, também, na proteção de grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los com dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

"Ando devagar, porque já tive pressa

E levo esse sorriso porque já chorei demais.

Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe

Eu só tenho a certeza de que muito pouco eu sei e nada sei".

(ALMIR SATTER)

5 A INSTITUIÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Esta prática Assistencial foi realizada no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), situado à Rua Irmã Benward, 297, no centro de Florianópolis – SC. A instituição foi inaugurada no dia seis de novembro de 1996, para atendimento dos servidores públicos de Santa Catarina.

O Hospital Governador Celso Ramos tem como missão prestar assistência de excelência e referência à população, atuar como campo de ensino e pesquisa, oferecendo todo o conhecimento e tecnologia apropriados. Segue os seguintes princípios: valorização dos recursos humanos, valorização e integração do corpo clínico, padronização e uso racional dos recursos materiais, a imagem institucional como responsabilidade de todos, o cliente como alvo da nossa atenção, os recursos financeiros priorizam o desempenho assistencial de ensino e pesquisa e o lucro reinvestido na continuidade da instituição e seu desenvolvimento.

Este Hospital destina-se ao atendimento de clientes adultos e, atualmente, tem capacidade para 254 leitos de internação, sendo que 54 destes estão inativos. É centro de referência traumatologia e neurocirurgia para todo o estado. A sua área física está dividida em oito andares, além de três andares sub-solos, distribuídos da seguinte forma:

No terceiro sub-solo encontra-se a Emergência, com atendimento durante as 24 horas, uma sala de gesso, uma sala de pequenos procedimentos, sala de Raio-X e uma sala de atendimento odontológico.

No segundo sub-solo temos a unidade de Ortopedia, com capacidade para 50 leitos, a Unidade de Neurologia, atualmente em reforma, o Ambulatório Ortopédico (emergência ortopédica), sala da Psicologia, e os Serviços de Manutenção e limpeza da Instituição.

No primeiro sub-solo está o Raio-X, a Tomografia, o Almoxarifado, a Cozinha, o refeitório dos funcionários, o Serviço de Nutrição e a Lavanderia.

No térreo temos a Recepção, a Portaria de Serviços e Visitas, o Serviço Pessoal Administrativo de Recursos Humanos e Serviços de Estatística, a sala de marcação de ponto dos funcionários, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, a Unidade de Rim - Hemodiálise e a Diretoria Geral.

No primeiro andar está o Ambulatório que atende todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, a Farmácia, o Serviço Social, o Serviço de Endocrinologia, a Gerência de Enfermagem, e o Grupo de Apoio aos Diabéticos (GAD).

No segundo andar localiza-se a Unidade de Clínica Cirúrgica, com 46 leitos mistos e destinado as cirurgias de curta permanência (CCP), tais como buco-maxilo, cabeça e pescoço, cirurgia geral, ortopedia, plástica, vascular, torácica, ginecologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, proctologia e urologia, atendendo o Convênio do Sistema Único de Saúde e aos Privados e/ou particulares.

No terceiro andar encontramos o Centro Cirúrgico distribuído em 07 salas ativas, a Unidade de Terapia Intensiva, com capacidade para 14 leitos, sendo que apenas 10 estão ativos, o Centro de Materiais Esterilizados e o Laboratório. Este último está terceirizado por uma rede privada.

No quarto andar encontramos 10 apartamentos destinados a internação e atendimento através de Convênios Privados e/ou particulares. Neste andar funciona também, o Transplante de Medula Óssea (TMO), que apenas utiliza a estrutura física da instituição, sendo administrada pelo Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON).

No quinto andar funciona Unidade de Clínica Médica, possuindo 50 leitos mistos, destinados ao Convênio do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às diversas especialidades, tais como pneumologia, cardiologia, oncologia, gastroenterologia, nefrologia, endocrinologia, hematologia, reumatologia, entre outros.

No sexto andar funciona a Unidade de internação da Neurocirurgia, com 22 leitos e a Unidade Semi-Intensiva, que atualmente encontra-se inativa.

No sétimo andar encontra-se a Unidade Mista, com 16 leitos destinados a internação e atendimento de clientes que possuem Convênios Privados e/ou particulares, ou, em casos especiais, para atendimento ao Convênio do Sistema Único de Saúde, quando não há vagas no quinto andar.

No oitavo andar encontramos o Centro de Estudos, o Auditório, a Biblioteca, a Telefonista Central e os apartamentos dos residentes.

A maioria dos atendimentos do Hospital Governador Celso Ramos é destinada aos clientes provenientes dos municípios da grande Florianópolis, além disso, atende também aos clientes vindos do interior do estado. É um Hospital público, que atende principalmente pelo Convênio do Sistema Único de Saúde, de onde provém 85% das verbas para a sua manutenção. Os outros 15% são procedentes do atendimento aos Convênios Privados e/ou particulares.

Atualmente, a instituição conta com 257 funcionários da equipe de enfermagem, distribuídos entre técnicos e auxiliares de enfermagem e conta com 42 enfermeiros, distribuídas nos setores. No período noturno, finais de semana e feriados, o hospital conta com três enfermeiros que trabalham em esquema de supervisão, atendendo aos chamados das Unidades de Internação. As unidades de Tratamento Intensivo (UTI), Emergência (EMG), Centro Cirúrgico (CC) e de Transplantes de medula Óssea (TMO) contam com enfermeiro no setor durante as 24 horas.

A instituição conta com dois Fisioterapeutas, um Psicólogo, três Farmacêuticos, três Nutricionistas, um Dentista, três Fonoaudiólogos e quatro Assistentes Sociais que revezam o atendimento em todos os setores, além de 147 médicos e 65 residentes distribuídos nas unidades de internação e ambulatorios.

Na instituição são desenvolvidos diversos estágios curriculares e extracurriculares pelos estudantes de graduação de enfermagem, fisioterapia e medicina, provenientes das Universidades locais, juntamente com as escolas técnicas de enfermagem.

O organograma do Hospital Governador Celso Ramos está distribuído de forma hierárquica vertical (Anexo 1), sendo que em cada posição, está determinado o grau de autoridade de cada pessoa envolvida. Esta instituição conta com a Gerência de Administração, Gerência Técnica e Gerência de Enfermagem, que estão subordinadas diretamente ao Diretor Geral. A Gerência de Enfermagem é responsável pelas 03 divisões, de Emergência, Unidade de Terapia Intensiva e de Centro Cirúrgico, pelos 11 setores de

Assistência de Enfermagem e 06 setores de supervisão (equipes do noturno e final de semana).

5.1 A Unidade da Prática Assistencial

A Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos está situada no segundo sub-solo, ao lado do ambulatório de Ortopedia. Foi reformada e o espaço físico foi redistribuído recentemente.

A unidade possui 11 enfermarias, distribuídas com 04, 05 e 06 leitos, totalizando 50 leitos. No entanto, atualmente, seis enfermarias estão inativas devido ao déficit de funcionários. O local possui dois postos de enfermagem, expurgo, rouparia, sala de enfermagem, sala de clínica médica, sala de prescrição médica, banheiro para os funcionários, vestiário para os funcionários, copa, sala de lanche, sala de fisioterapia, sala de psicologia, sala de materiais de uso geral, sala de materiais ortopédicos (Apêndice A).

O local conta com 20 funcionários na equipe de enfermagem, distribuídos da seguinte forma: 08 auxiliares de enfermagem, 09 técnicos de enfermagem e 03 enfermeiros. Há também funcionários de outras unidades e instituições, como os do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), do Hospital Nereu Ramos, do HEMOSC, que fazem “hora plantão” no local.

Diariamente é feita uma escala de divisão de trabalho, em que cinco funcionários (auxiliares e técnicos de enfermagem) se dividem, ficando um em cada enfermaria funcionante (1, 2, 4, 6 e 7), dois para a manutenção do expurgo e um responsável pelo envio e busca do material no Centro de Material Esterilizado (CME).

Os clientes internados são provenientes da Unidade de Emergência, do Ambulatório de Ortopedia, do Centro Cirúrgico, de transferências internas e externas. É uma unidade mista e destina-se ao atendimento de clientes adultos, que internam devido a diferentes diagnósticos clínicos relacionados a ortopedia, incluindo fraturas e cirurgias de curta permanência (CCP).

Como a maioria das unidades do hospital, esta também, não possui uma metodologia estabelecida para a assistência de enfermagem. Não há livros com o registro de normas e rotinas do local, porém estas estão sendo discutidas e elaboradas com toda a

equipe multidisciplinar, sendo a concretização do material um objetivo comum das enfermeiras do setor no momento, que planejam a sua implantação até o final do ano.

Algumas rotinas, informalmente, já estão sendo implantadas, como troca de curativo de punções de subclávia três vezes por semana (2ª, 4ª e 6ª feira), troca de buretas e equipos de três em três dias, realização de cuidados de higiene e conforto e troca de curativos na parte da manhã ou, conforme a necessidade, em outros horários, verificação dos sinais vitais dos clientes uma vez por turno e em casos de intercorrências, prestar os cuidados pré e pós-operatórios aos clientes submetidos ao tratamento cirúrgico, entre outros.

A autorização de acompanhante dos clientes na unidade é permitida na presença dos seguintes casos: traumatismo raqui-medular, deficiência física-mental, cliente menor de 18 anos ou maior de 60 anos, fratura bilateral de membros superiores, quadro de confusão mental, desorientação e agitação psicomotora e politraumatismos graves.

"Morre lentamente quem passa os dias queixando-se

Da sua má sorte, ou da chuva incessante.

Morre lentamente quem destrói o seu amor próprio,

quem não se deixa ajudar".

(Pablo Neruda)

6 RELATANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL

6.1 Inteirando-se do processo de cuidar

Iniciamos as atividades nos inteirando do processo de cuidar desenvolvido pela equipe multidisciplinar, aos clientes com problemas ortopédicos, acompanhantes e/ou família.

Para isso, ficamos seis dias observando a equipe e a rotina da unidade, conhecendo os profissionais e acompanhando as suas atividades diárias, tais como a realização da passagem de plantão, da fisioterapia, da troca de curativos em feridas operatórias, em punções de subclávia e em úlceras de pressão, do cateterismo vesical, da administração de medicação, das orientações sobre os cuidados de rotina e normas para acompanhantes, das orientações para a alta hospitalar, entre outros.

Durante os primeiros dias nos sentimos um pouco desamparadas, pois estávamos sem uma professora integralmente ao nosso lado e as normas e rotinas da unidade eram diferentes do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, onde realizamos a maioria das atividades práticas. Com a participação das Enfermeiras Supervisoras, nos apresentamos à equipe multidisciplinar, falamos sobre os objetivos do Projeto Assistencial e salientamos que estaríamos observando as atividades de todos, a fim de conhecer a rotina da unidade e não fiscalizando os procedimentos desenvolvidos por eles. Mesmo assim, nas primeiras semanas, percebemos que alguns se sentiam constrangidos com a nossa presença. Com o passar do tempo, a convivência tornou-se

prazerosa e todos estavam acostumados conosco. Esta ambientalização foi muito importante para vencermos a insegurança e serviu de impulso para a concretização das nossas atividades práticas.

A equipe de enfermagem demonstrou comprometimento com a assistência aos clientes, acompanhantes e/ou familiares internados na Unidade de Ortopedia. Apesar do local não ter uma metodologia de assistência própria, percebemos que muitas das ações diárias se relacionam com a proposta da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, identificando os déficits e estimulando o autocuidado. Como podemos identificar nas seguintes falas:

“Você precisa se ajudar, mudar de posição de quatro em quatro horas, primeiro fica de virado para parede, depois de barriga para cima e, por último, virado de lado para a porta. Se não você vai aumentar a escara” (Técnica de Enfermagem).

“Vamos começar o banho? Você lava a parte de cima do corpo e eu lavo suas pernas porque você não alcança!” (Auxiliar de Enfermagem).

“Você que é a esposa dele tem sempre que lembrá-lo da necessidade da movimentação dos dedos e do ombro, porque estas partes não estão com gesso. Se ele não movimentar, quando ele for tirar o gesso qualquer movimento vai ser doloroso e dificultar na reabilitação” (Enfermeira).

A equipe da fisioterapia, principalmente os seus acadêmicos, estavam diariamente na unidade acompanhados de sua professora, sempre prestativos na assistência aos clientes, realizando a reabilitação, ensinando e orientando sobre os exercícios necessários e que poderiam ser feitos sem a presença do profissional, no dia a dia e no domicílio. Nos casos clínicos que acompanhávamos mais efetivamente, discutimos com eles sobre as possibilidades, os cuidados para estes clientes e os seus prognósticos, trabalhando em conjunto na estimulação do autocuidado.

A equipe médica, no início do estágio, mostrou-se distante e desinteressada de nossas atividades, porém, no decorrer do período, ao perceberem a nossa presença constante na unidade e assistência prática, passaram a interagir, esclarecer dúvidas, aceitar sugestões e demonstrar interesse sobre nosso trabalho. As visitas médicas eram realizadas

no período da manhã, sendo que a interação médico, cliente e acompanhante e/ou familiar era técnica e objetiva, nos moldes do modelo biomédico.

Cada membro da equipe multidisciplinar realiza as atividades de sua competência separadamente, sendo a enfermagem o elo de ligação entre elas, principalmente pelo fato de estar vinte e quatro horas com os clientes.

Outros resultados referentes a este primeiro objetivo, como a estrutura física, organizacional, assistencial e administrativa da Instituição onde foi realizada a prática assistencial, podem ser visualizadas no Capítulo 3, da Contextualização do campo, que juntamente com o próximo item, o perfil do cliente internado, contemplam a nossa primeira meta, que foi atingida plenamente.

6.1.1 Perfil do cliente internado na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos

A estratégia inicial para conhecer o perfil dos clientes atendidos na unidade de internação ortopédica do Hospital Governador Celso Ramos foi identificar nas fichas de internação, evolução médica e de enfermagem os dados qualitativos, tais como: sexo, idade, procedência, diagnóstico médico e tempo de internação. O levantamento de dados procedeu-se diariamente, no campo de estágio, como segunda atividade do dia, após a passagem de plantão e antes da assistência de enfermagem.

Encontramos algumas dificuldades para coletar estes dados, pois alguns clientes chegavam na unidade sem ficha de internação no momento que estávamos colhendo os dados. Após os finais de semanas e feriados, quando não estávamos presentes na unidade, a coleta de dados se tornava conturbada, recorrente ao fato de que alguns clientes internavam e recebiam alta hospitalar neste período e os únicos dados que tínhamos acesso, foram os do livro de registro da unidade, onde as informações se resumiam a nome, quarto/leito e data da alta hospitalar.

O instrumento utilizado para a coleta de dados consistiu em uma tabela com colunas específicas para o preenchimento com as informações de cada variável, sendo elas: número da coleta, número de registro de internação, nome do cliente, quarto/leito, idade em anos, sexo, procedência, diagnóstico médico, data de internação e data da alta hospitalar (Apêndice C).

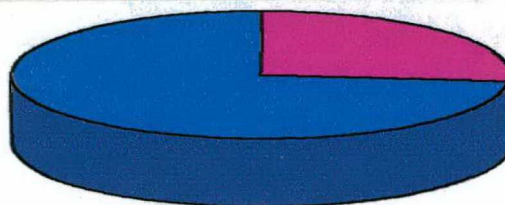
Após realizar a primeira etapa de levantamento de dados, fizemos o processamento e tabulação destas informações, distribuindo em tabelas de frequência absoluta e relativa, apresentando e analisando separadamente as variáveis: idade, diagnóstico médico, procedência e tempo de internação, fazendo o cruzamento entre as variáveis idade x diagnóstico médico e tempo de internação x diagnóstico médico. Optamos por não relacionar a variável sexo com o diagnóstico médico, em virtude do número de leitos femininos disponíveis na unidade serem menores que os leitos masculinos, totalizando seis femininos e dezenove masculinos, o que poderia dar viés na análise.

A tabela e o gráfico 1, a seguir, apresenta os dados relativos a variável sexo, sendo que 73,3% são do sexo masculino e 26,7% do sexo feminino, constatando que a grande maioria dos clientes atendidos são do sexo masculino, em decorrência da maioria dos leitos da unidade serem destinados ao atendimento a estes clientes.

TABELA 1 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o sexo, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.

Sexo	f	%
Feminino	41	26,7
Masculino	113	73,3
Total	154	100,0

GRÁFICO 1 - Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o sexo, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.



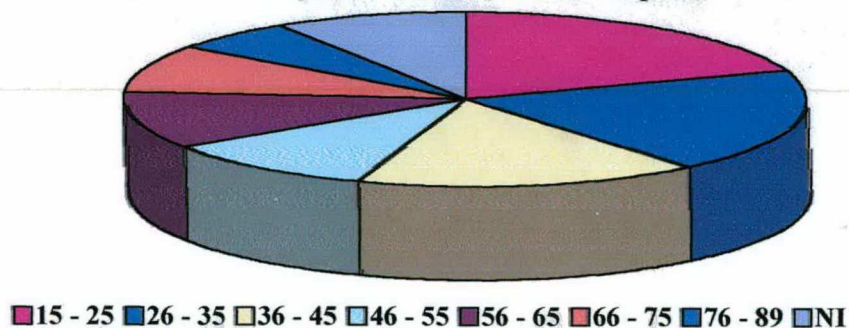
■ Feminino ■ Masculino

Podemos perceber na análise do gráfico e tabela 2, que a variável idade, na faixa etária de 15 a 35 anos representa uma porcentagem relativamente alta nos atendimento a clientes com problemas ortopédicos, 39%. Ao pesquisarmos este dado na literatura, observamos que a causa principal de acometimentos nesta faixa etária são os acidentes de trânsito (MARTINS, 2001; CARVALHO JÚNIOR, 2002).

TABELA 2 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo a faixa etária em anos, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.

Idade	f	%
15 - 25	30	19,5
26 - 35	30	19,5
36 - 45	25	16,2
46 - 55	16	10,4
56 - 65	16	10,4
66 - 75	14	9,1
76 - 89	09	5,8
Não Identificado	14	9,1
Total	154	100,0

GRÁFICO 2 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo a faixa etária em anos, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.



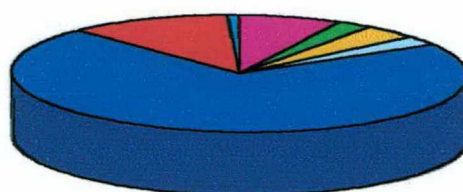
Considerando a variável procedência dos clientes internados no gráfico e tabela 3, observamos que a grande maioria dos atendimentos são de clientes provenientes da região da Grande Florianópolis, destacando-se os municípios de Florianópolis, Palhoça e São José. Secundário a este dado, destaca-se os clientes vindos da região Oeste, o que sugere a busca por um atendimento especializado na Capital do Estado, já a instituição é centro de referência para área de Ortopedia e Traumatologia.

A demanda das regiões Norte, Sul, Serrana e Vale do Itajaí foi pequena no período em que estávamos presentes na unidade, conforme os dados coletados, o que possibilita a referência de que os clientes destas regiões possuem atendimento especializado nas próprias localidades ou buscam outros centros de referência.

TABELA 3 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo a procedência, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.

Procedência	f	%
Região da Grande Florianópolis	110	71,4
Região Oeste	11	7,1
Região Sul	06	3,9
Região Norte	04	2,6
Região do Vale do Itajaí	04	2,6
Região Serrana	01	0,7
Não Identificado	18	11,7
Total	154	100,0

GRÁFICO 3 - Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo a procedência, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.



■ Oeste ■ Norte ■ Sul ■ Vale do Itajaí ■ Grande Fpolis ■ NI ■ Serrana

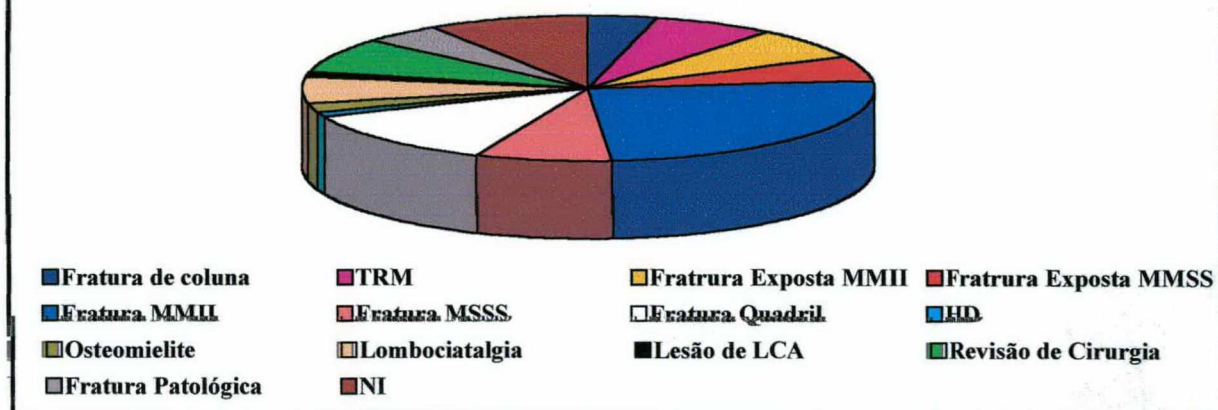
Segundo a análise da variável diagnóstico médico no gráfico e tabela 4, constatamos que grande parte da terapêutica foi destinada as fraturas de membros inferiores, cerca de 25,3%, destacando as fraturas de tibia e fibula. Logo em seguida aparecem as fraturas de quadril, totalizando 12,3%. Os casos de trauma raqui-medular, osteomielite, fratura de membros superiores e fratura exposta de membros inferiores tiveram demandas semelhantes, cerca de 7,0%, onde podemos afirmar que as causas destes traumas estão diretamente ligados aos acidentes de trânsito (MARTINS, 2001; CARVALHO JÚNIOR, 2002).

Durante o período de estágio, ocorreram dois óbitos na Unidade de Ortopedia, um decorrente de complicação no pós-operatório e o outro de fatura patológica.

TABELA 4 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o diagnóstico médico, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.

Diagnóstico Médico	f	%
Fratura de MMII	39	25,3
Fratura de quadril	19	12,3
Fratura de MMSS	12	7,7
Osteomielite	12	7,7
Trauma Raqui-Medular	11	7,0
Fratura exposta de MMII	11	7,0
Revisão de cirurgia	09	5,8
Fratura exposta de MMSS	07	5,5
Lombociatalgia	07	4,5
Fratura de coluna sem déficit motor	06	3,8
Fratura Patológica	02	1,2
Lesão de Ligamento Cruzado Anterior	03	1,9
Hérnia de Disco	02	1,2
Não identificado	18	11,7
Total	154	100,0

GRÁFICO 4 - Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o diagnóstico médico, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.

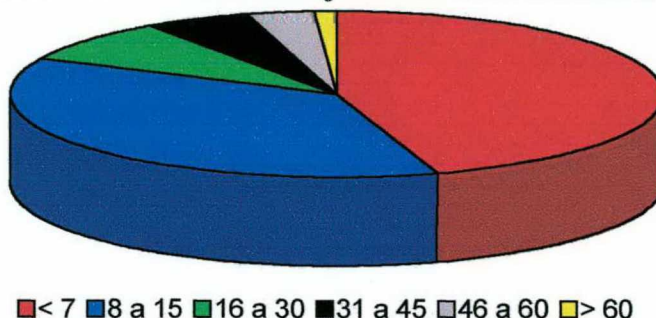


Analisando a variável tempo de internação no gráfico e tabela 5, observamos que 45% dos clientes permaneceram menos, ou até sete dias na unidade e que 37% ficam de oito a quinze dias. Podemos concluir que o tempo médio de internação dura, até quinze dias, constatando que, cerca de 82% dos casos recebem a alta hospitalar até este período.

TABELA 5 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o tempo de internação em dias, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.

Tempo de Internação	f	%
≤ 7	69	45,0
8 - 15	57	37,0
16 - 30	13	8,4
31 - 45	08	5,2
46 - 60	05	3,2
≥ 60	02	1,2
Total	154	100,0

GRÁFICO 5 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o tempo de internação em dias, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.



Ao analisarmos a tabela e gráfico 6, podemos constatar o diagnóstico médico predominante foi o de fratura de membros inferiores, na faixa etária de quinze a trinta e cinco anos. Podemos inferir que estes clientes permanecem internados apenas para realização da cirurgia reparadora e dando continuidade ao tratamento no domicílio, após receber as orientações para alta hospitalar da equipe multidisciplinar. O estímulo para o desenvolvimento do autocuidado nestes casos é de extrema importância para o tratamento e reabilitação do cliente, pois a aplicação destas orientações no ambiente domiciliar contribui para a recuperação evitando possíveis complicações.

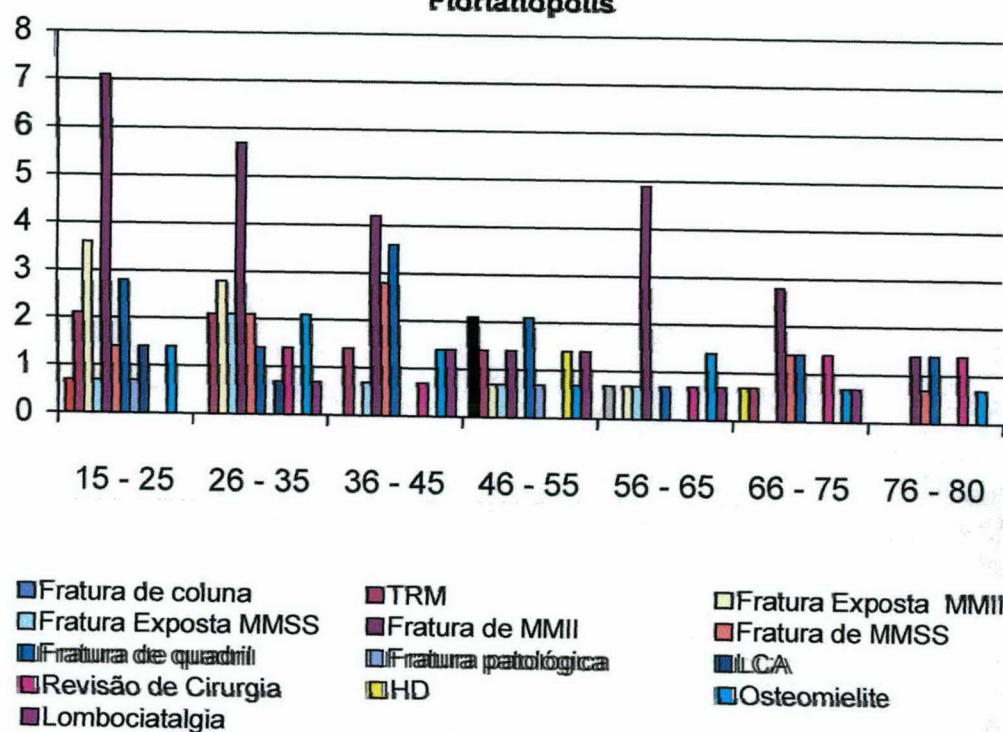
Destacamos que os problemas ortopédicos relacionados a osteomielite, lombociatalgia, fraturas complexas e trauma raqui-medular, totalizando 4,4%, requisitaram um tempo maior de internação, acima de 46 dias, em decorrências das complicações associadas ao trauma, bem como o tratamento terapêutico.

TABELA 6 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo a idade em anos e o diagnóstico médico, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis¹.

Diagnóstico médico	Idade												Total	
	15 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	66 - 75	76 - 89	F		%		f		%
Fratura de coluna sem déficit motor	01	0,7	-	-	03	2,1	01	0,7	01	0,7	-	-	06	4,2
Trauma Raqui-Medular	03	2,1	03	2,1	02	1,4	-	-	01	0,7	-	-	11	7,7
Fratura exposta de MMII	05	3,6	04	2,8	-	-	01	0,7	-	-	-	-	11	7,8
Fratura exposta de MMSS	01	0,7	03	2,1	01	0,7	01	0,7	-	-	-	-	07	4,9
Fratura de MMII	10	7,1	08	5,7	06	4,2	02	1,4	07	4,9	02	1,4	39	27,5
Fratura de MMSS	02	1,4	03	2,1	04	2,8	-	-	-	-	02	1,4	12	8,4
Fratura de quadril	04	2,8	02	1,4	05	3,6	03	2,1	01	0,7	02	1,4	19	13,4
Fratura Patológica	01	0,7	-	-	-	-	01	0,7	-	-	-	-	02	1,4
Lesão de Ligamento Cruzado Anterior	02	1,4	01	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	03	2,1
Revisão de cirurgia	-	-	02	1,4	01	0,7	-	-	01	0,7	03	2,1	09	6,3
Hérnia de Disco	-	-	-	-	-	-	02	1,4	-	-	-	-	02	1,4
Osteomielite	02	1,4	03	2,1	02	1,4	01	0,7	02	1,4	01	0,7	12	8,4
Lombociatalgia	-	-	01	0,7	02	1,4	02	1,4	01	0,7	-	-	07	4,9
Total	31	22,1	30	21,4	25	17,8	16	11,4	15	10,7	14	10,0	140	100,0

¹ As idades e os diagnósticos médicos não identificados, no total de 14 clientes, não foram contabilizados, pois não tem valor estatístico.

GRÁFICO 6 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo a idade em anos e o diagnóstico médico, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis



Verificamos que as fraturas de membros inferiores, como citadas anteriormente, foi o diagnóstico mais comum, juntamente com o tempo médio de até sete dias de internação, conforme podemos visualizar no gráfico e tabela 7.

De acordo com a literatura, as fraturas de quadril necessitam de um tempo maior de internação para dar continuidade ao tratamento intra-hospitalar, permanecendo cerca de 15 dias na unidade, dado confirmado nos resultados obtidos (MARTINS, 2001; CARVALHO JÚNIOR, 2002).

TABELA 7 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o tempo de internação em dias a idade em anos e o diagnóstico médico, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.

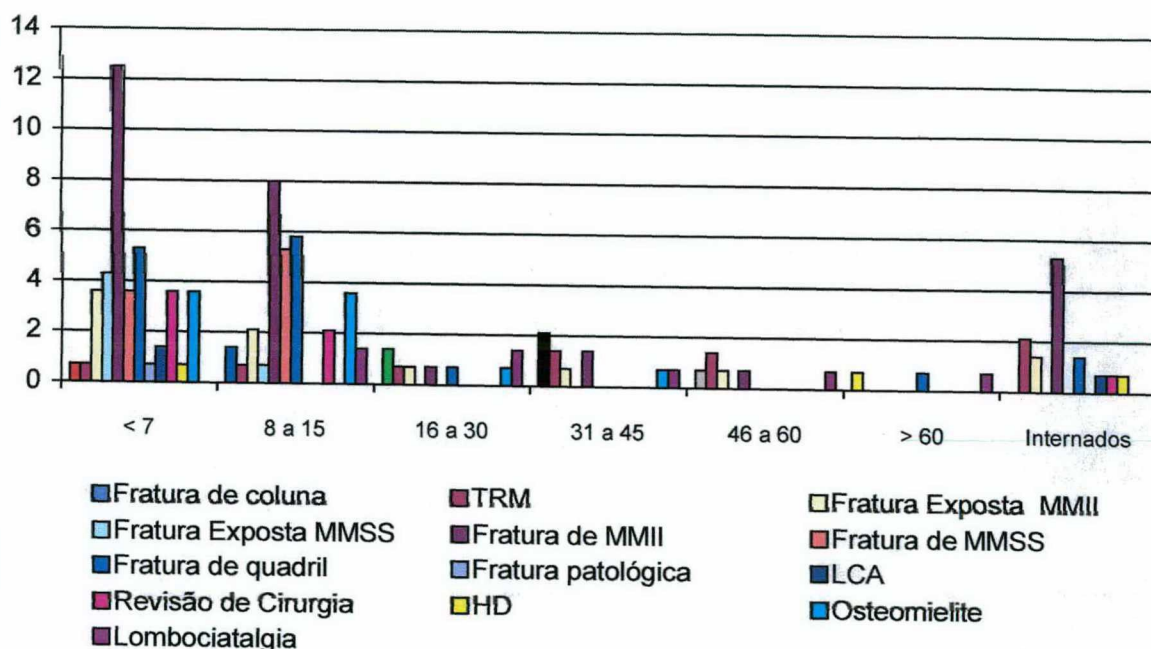
Diagnóstico médico	Tempo de Internação												Total			
	< 7		8 - 15		16 - 30		31 - 45		46 - 60		> 60				2	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	f	%
Fratura de coluna sem déficit motor	01	0,7	02	1,4	02	1,4	-	-	-	-	01	0,7	-	-	06	4,2
Trauma Raqui-Medular ³	01	0,7	01	0,7	01	0,7	02	1,4	02	1,4	-	-	03	2,1	10	7,0
Fratura exposta de MMII	05	3,6	03	2,1	01	0,7	-	-	-	-	-	-	02	1,4	11	7,7
Fratura exposta de MMSS	06	4,3	01	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	07	5,0
Fratura de MMII	17	12,5	11	8,0	01	0,7	02	1,4	01	0,7	-	-	07	5,3	39	28,6
Fratura de MMSS	05	3,6	07	5,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	8,9
Fratura de quadril	07	5,3	08	5,8	01	0,7	-	-	-	-	01	0,7	02	1,4	19	14,0
Fratura Patológica ⁴	01	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,7
Lesão de Ligamento Cruzado Anterior	02	1,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,7	03	2,1
Revisão de cirurgia	05	3,6	03	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,7	09	6,4
Hérnia de Disco	01	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	0,7	02	1,4
Osteomielite	05	3,6	05	3,6	01	0,7	01	0,7	-	-	-	-	-	-	12	8,6
Lombociatalgia	-	-	02	1,4	02	1,4	01	0,7	01	0,7	01	0,7	-	-	07	5,0
Total	56	40,7	43	31,1	09	6,3	06	4,3	04	2,8	03	2,1	17	12,6	138	100,0

² Valores referentes aos clientes que permaneceram internados após o encerramento da coleta de dados.

³ No período de estágio ocorreu um óbito por complicação no pós-operatório de traumatismo raqui-medular.

⁴ No período de estágio ocorreu um óbito por complicação de fratura patológica.

GRÁFICO 7 – Número de clientes atendidos na Unidade de Ortopedia do HGCR, segundo o tempo de internação em dias a idade em anos e o diagnóstico médico, no período de 9 de abril a 12 de junho de 2003 em Florianópolis.



O perfil do cliente internado na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos possibilitou referenciar os estudos já desenvolvidos anteriormente por Martins (2001) e Carvalho Júnior (2002) acerca de atendimentos emergenciais e pré-hospitalares, no que se refere a problemas ortopédicos, justificando inclusive o aprofundamento teórico acerca desta temática para o desenvolvimento de nosso trabalho.

6.2 Ampliando os conhecimentos teóricos

Ampliamos o conhecimento teórico acerca da assistência multidisciplinar, relacionado aos problemas ortopédicos e elaboramos uma breve revisão de bibliografia sobre a anatomia e fisiologia do sistema músculo esquelético, no capítulo 2 deste trabalho, pois consideramos este assunto imprescindível para a prática da assistência de enfermagem. Aprimoramos as informações sobre as principais técnicas usadas para o

tratamento ortopédico, como o uso de gesso, fixadores externos e tração, bem como, os principais cuidados de enfermagem relacionados à temática, além de estudarmos acerca da dor e da ansiedade, sentimentos encontrados frequentemente durante a nossa prática assistencial.

A fundamentação teórica descrita foi elaborada conforme as dúvidas e necessidades encontradas durante o período de estágio prático, pois achamos que ela é de extrema importância para a prática assistencial; através dela podemos determinar que tipo de cuidado e orientação que cada cliente necessita. Procuramos trabalhos relacionados à ortopedia e nos deparamos com a existência de poucos estudos acerca da temática na área da enfermagem. Encontramos trabalhos sobre a assistência de enfermagem em Pronto Atendimento, indiretamente ligados a nossa temática, pelo fato de que a maioria dos eventos traumáticos e imprevistos são ortopédicos.

Sentimos a necessidade de conhecer diferentes Instituições, pois achamos importante ter outras referências acerca do tratamento e assistência em Ortopedia. Mantivemos um primeiro contato com os Hospitais e encaminhamos um ofício (Apêndice D) à gerente de enfermagem de cada instituição solicitando as visitas. Após a confirmação, marcamos a data e horário das mesmas.

No dia treze de maio de 2003, visitamos o Hospital Florianópolis (Anexo 2), que tem como missão “prestar serviços de saúde com qualidade aos clientes, na área curativa, através da educação e da atualização de recursos humanos, científicos e tecnológicos, integrando a pesquisa e o ensino”. A visão da instituição é: “queremos um hospital com um atendimento humanizado, onde os servidores qualificados trabalharão com os recursos adequados e prestarão atendimento eficaz ao cliente”.

A instituição é um Hospital Público, que conta com verbas federais e estaduais, atendendo através do Convênio do Sistema Único de Saúde e Convênios Privados e/ou particulares. É um hospital de pequeno porte, bem organizado e distribuído fisicamente. Não há uma unidade ortopédica específica, o que existe são três leitos da unidade de clínica cirúrgica destinados a clientes com problemas ortopédicos e uma sala de gesso localizada na emergência do Hospital.

Fomos acompanhadas por uma enfermeira da Comissão de Educação Continuada, que nos mostrou todo o hospital e logo após, decidimos ficar na sala de gesso acompanhando o funcionário. Tivemos a oportunidade de observar a colocação de tala e

gesso em membros superiores e inferiores, tipóias, retirada de gesso de fio de Kirschner. Todos os funcionários foram receptivos conosco.

Visitamos o Hospital Regional de São José no dia quatorze de maio de 2003 (Anexo 3). Acompanhamos a Gerente de Enfermagem, que nos mostrou alguns setores do Hospital, e nos apresentou a alguns integrantes da equipe de enfermagem destes dos locais por onde passamos.

No dia da visita, estava acontecendo um evento comemorativo a semana brasileira de enfermagem, ao dia do enfermeiro, que se estendeu durante toda a semana, com brincadeiras, teatros, gincana e jogos esportivos. Segundo a Gerente de Enfermagem, toda a equipe de enfermagem foi convidada a participar, mas o número de inscritos era limitado por unidade, conforme a escala e horários. Este evento acontece todo o ano na Instituição e sempre tem uma boa adesão da equipe de enfermagem.

O Hospital Regional São José é um hospital público, sendo que a maioria dos atendimentos são realizados pelo Convênio do Sistema Único de Saúde. É um local de referência para a região da grande Florianópolis e todo o Estado, principalmente nos casos de cardiopatias, pois funciona no local, o Instituto de Cardiologia e Medicina Nuclear.

Conhecemos o ambulatório de pronto atendimento infantil, que possui alguns leitos de observação e, nos casos graves, as crianças são encaminhadas ao Hospital infantil Joana de Gusmão. Na Emergência adulto, há uma sala de gesso que atende os mais diversos casos encaminhados após a consulta médica: como realização de: tipóias, colar cervical, talas gessadas, gesso, entre outras. Além desta sala, há outra no setor ambulatorial ortopédico, atendendo as consultas e retorno de consultas médicas, revisão e troca dos dispositivos de imobilização. A emergência e o ambulatório têm uma demanda muito grande de atendimentos ortopédicos, decorrentes das mais diversas causas, atendendo toda a região de São José e municípios próximos.

Nesta instituição há uma unidade de internação Ortopédica, localizada no quinto andar. Segundo a enfermeira do setor, esta unidade possui 40 leitos, sendo que oito são destinados a especialidade vascular e quatro destinados a neurologia, restando vinte e oito para o atendimento ortopédico. Os casos de traumatismos raqui-medular são transferidos para o Hospital Governador Celso Ramos, que é referência na região para esta especialidade.

Como a maioria das unidades do hospital, não há metodologia da Assistência de Enfermagem. Segundo a enfermeira do setor, a unidade é mista, porém 80% dos casos atendidos são do sexo masculino e 90% dos casos de fraturas de membros inferiores ocorrem com jovens masculinos, com estimativa de faixa etária de 18 a 30 anos. Os quartos são distribuídos com dois ou três leitos e não há quartos específicos conforme o sexo dos clientes, sendo geralmente são separados conforme a necessidade terapêutica. A maioria dos clientes com problemas ortopédicos, principalmente os casos que exigem internação hospitalar, ficam ociosos, pois eles necessitam ficar muito tempo imobilizados e em repouso absoluto no leito. O tempo de internação depende do diagnóstico de cada um, mas geralmente, os casos de fratura de fêmur e quadril necessitam de um tempo maior de internação.

A maioria dos clientes atendidos no Hospital Regional São José são provenientes da Emergência e do Centro Cirúrgico e os casos mais comuns de atendimento são acidentes de trabalho, quedas de prédios e acidentes automobilísticos. Nos casos especiais de dependência física, é permitida a presença de acompanhante e/ou familiares na unidade, para auxiliar na movimentação, cuidados de higiene e conforto e alimentação do cliente.

Na Unidade de Ortopedia desta instituição há atendimento de fisioterapia realizado por voluntários e estagiários da Universidade do Sul Catarinense (UNISUL) e da Universidade Estadual de Santa Catarina (UDESC). Não há funcionários contratados pela instituição para este tipo de atendimento.

Encaminhamos também, um ofício ao Hospital Cajuru, vinculado a Pontifícia Universidade Católica do estado do Paraná, na cidade de Curitiba. Em virtude da demora do retorno da confirmação da data da visita e posteriormente, por problemas financeiros, optamos em não visitar esta instituição.

Para complementar os nossos conhecimentos acerca da temática, participamos do XIII Congresso Sulbrasileiro de Ortopedia e Traumatologia, realizado na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina, nos dias 5, 6 e 7 de junho de 2003, onde ampliamos as nossas informações acerca dos tratamentos e técnicas cirúrgicas ligadas a ortopedia, bem como os seus principais cuidados (Anexo 4).

Participamos de diversas mesas redondas, sobre trauma de membros superiores, trauma de membros inferiores, sessões interativas, sessões de temas livres sobre coluna, conferências internacionais, tais como: "Management of fractures of proximal humerus

with a prothesis” ministrada pelo conferencista Charles A Rockwood Jr. – EUA e “On the prevention of post-operative infections: ultraviolet light compared to laminar air flow in the operating room: theoretical aspects”, ministrada pela conferencista Margareta Berg – Suécia.

Podemos concluir que conseguimos atingir o objetivo proposto, pois as atividades previstas foram realizadas com sucesso.

6.3 Assistindo, juntamente, com o acompanhante e/ou familiar, o cliente com problema ortopédico

Optamos por descrever o terceiro e quarto objetivos juntos, pois acreditamos que a presença do acompanhante e/ou familiar é de extrema importância para o tratamento e reabilitação do cliente, sendo que na maioria dos casos, ele necessita do auxílio de pessoas próximas para auxiliar a realização de suas atividades de autocuidado.

No decorrer do período, assumimos as atividades junto aos clientes, famílias e equipe, aprofundamos nossos dados sobre os clientes, examinamos as condições gerais de cada um, inspecionamos os aparelhos ortopédicos usados, trocamos os curativos, entre outros, analisando os déficits de autocuidado.

Assistimos aos clientes com problemas ortopédicos, desenvolvendo ações que promoveram e incentivaram o autocuidado, incluindo nestas atividades os acompanhantes e/ou familiares para que eles (as) participassem da assistência direta ao cliente, visando torná-lo apto (a) ao desenvolvimento deste no ambiente domiciliar. Aplicamos o processo de enfermagem, seguindo um roteiro pré-estabelecido (Apêndice E), guiado pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, com quatro clientes com diagnósticos de: fratura complexa de quadril; traumatismo raqui-medular; fratura exposta de cotovelo em membro direito; e fratura de cabeça de rádio em membro direito e fratura de punho em membro esquerdo.

Para a definição dos déficits de autocuidado estabelecido por Dorothea Orem no primeiro momento do processo de enfermagem, utilizamos como complemento, o Manual de Diagnóstico de Enfermagem de Benedet e Bub (2001), com diagnósticos baseados na Classificação Diagnóstica da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Antes de aplicar o processo, nos apresentamos, falamos sobre os nossos objetivos e pedimos se os clientes gostariam de colaborar conosco (Apêndice F). Enfrentamos um certo constrangimento ao abordar determinados assuntos, tais como sexualidade e dependência química com alguns clientes. No primeiro momento sentimos uma certa insegurança em identificar os déficits do autocuidado e se nossas orientações seriam efetivas e coerentes com a situação em que o cliente se encontrava. No decorrer do estágio prático, percebemos uma evolução positiva gradual na reabilitação das pessoas que assistíamos e uma participação mais ativa do acompanhante e/ou familiar, comprovando a aplicabilidade desta Teoria na prática assistencial.

Prestamos assistência de enfermagem aos clientes internados na unidade. Após a escolha dos quatro clientes para o desenvolvimento do processo, ficamos integralmente com eles, enfatizando a importância da realização do autocuidado para o tratamento e reabilitação. A maioria dos tratamentos ortopédicos, classificados como casos de desvio de saúde⁵ necessitam de um prazo maior para a sua reabilitação, por isso orientamos e ressaltamos aos clientes e acompanhantes e/ou familiares sobre a importância dos cuidados domiciliares.

No decorrer de nossa prática assistencial, identificamos personalidades distintas e marcantes nos quatro clientes. Com a idéia de preservar o anonimato das pessoas envolvidas, relacionamos cada característica com um personagem do filme da Walt Disney® “Branca de Neve e os setes anões”. Sendo assim, cada cliente recebeu um pseudônimo de um dos sete anões: Mestre, Zangado, Feliz e Soneca.

⁵ Classificação da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem relacionado aos tipos de autocuidado.

6.3.1 Apresentando os Processos de Enfermagem guiados pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

A aplicação do referencial teórico foi feita de forma articulada, integrando todos os momentos do processo, dependendo das necessidades de cada cliente. Para fins didáticos, os apresentamos a seguir, separadamente.

6.3.1.1 Mestre

Identificação do cliente

Mestre, do sexo masculino, 26 anos, católico, casado, natural e procedente de Rio dos Cedros/SC, com o primeiro grau incompleto, motorista de caminhão. Tem uma filha de dois anos. Atualmente, mora com os pais, juntamente com a esposa e a filha, em decorrência dos problemas de saúde que o impedem de trabalhar.

Escolhemos o apelido “Mestre” para este cliente, porque ele participava efetivamente de seu tratamento, na hora da higiene e conforto e dos curativos “comandando” os procedimentos, dizia como cada pinça devia se mexer, onde e como a gaze deveria ser colocada, a pomada e a quantidade que podia ser usada, como deveria ser a movimentação em bloco, a posição que ficaria após os procedimentos, como suas pernas deveriam ficar, enfim, ele coordenava tudo que podia e não podia, criando um laço de afetividade e confiança conosco, que será sempre lembrada com carinho.

Acidentou-se no dia nove de março de 2002 na cidade de São Paulo/SP em uma viagem a trabalho, quando dirigia um caminhão em direção ao norte do país. No acidente teve uma colisão frontal com outro caminhão, sendo atirado em direção a um barranco e como estava sem cinto, foi jogado para fora da cabine, ficando preso pela perna esquerda. O caminhão teve perda total e o outro motorista envolvido no acidente apresentou ferimentos leves.

Mestre recebeu os primeiros atendimentos em um Hospital de São Paulo, quando apresentava fratura complexa anal-pélvica, associada a fratura lombar, onde foi submetido a cirurgias reparatórias em região lombar, bexiga e intestino.

Encaminhado ao ambulatório do Hospital Governador Celso Ramos por um ortopedista da cidade de Timbó/SC que o acompanhava no domicílio após a alta hospitalar do Hospital de São Paulo/SP, em setembro de 2002, com diagnóstico de lesão extensa em região do períneo, com presença de secreção purulenta e úlcera de pressão em região sacra.

Admitido na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos, encaminhado do Ambulatório de Ortopedia deste mesmo hospital no dia dez de fevereiro de 2003, às quinze horas e dez minutos, com o diagnóstico de fratura complexa de anel pélvico (Anexo 5). Sendo submetido a várias cirurgias, entre elas: no dia treze de fevereiro, cirurgia plástica para controle de úlcera de pressão em região sacra; dia vinte e um de março de 2003, cirurgia para correção de deformidade pélvica, com redução e fixação da pelve através da colocação da parte anterior do fixador externo de quadril, artroplastia de quadril e dissecação da cabeça do osso femural; e no dia quatro de abril de 2003, cirurgia de osteossíntese de quadril com colocação da parte posterior do fixador externo de quadril. Permanecendo internado até o dia quatro de junho de 2003.

Aspectos Teóricos referentes ao diagnóstico e conduta Terapêutica do caso descrito

As fraturas pélvicas em geral, não são graves em si, porém podem vir a ser em função de complicações. São comumente causadas por trauma direto, ou por ação de força transmitida longitudinalmente, através do fêmur (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

O anel pélvico é formado pelo sacro e pelas duas linhas inominadas. A ruptura do anel pélvico pode ocorrer somente se houver fraturas ou luxações em dois pontos aproximadamente opostos. Assim, uma fratura na metade anterior do anel com desvio dos fragmentos deve estar associada a um traumatismo da metade superior do anel (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

O mecanismo do traumatismo pode ser por esmagamento ântero-posterior; compressão lado a lado; ou uma força de cisalhamento vertical, que pode provocar desvio acentuado de uma hemipelve (ADAMS E HAMBLEN, 1994).

O método mais básico de estabilização pélvica é por fixação externa com uma moldura anterior simples ou de “ressucitação”. A filosofia é simplesmente evitar a exsanguinação do cliente, diminuindo o volume intrapélvico potencial. Com esta técnica é possível reduzir e estabilizar o desvio com sucesso (BRAY, 1993).

Segundo Smeltzer e Bare (1998), os cuidados aos clientes no pós-operatório de fratura de quadril estão relacionados principalmente a prevenção de problemas médicos secundários e para a mobilização precoce do cliente, de modo que a independência funcional possa ser restaurada.

Há poucos casos como o de Mestre na literatura, raros são os casos de clientes com uma fratura de tal complexidade que sobrevivem a diversas complicações que, geralmente, estão associadas, como ruptura de bexiga, uretra, intestino e períneo, lesões de grandes vasos e nervos, entre outras. A cirurgia reparadora de Mestre foi pioneira e servirá de exemplo para os próximos casos.

Percepção e/ou expectativas

Mestre durante toda a internação referia dores intensas em região do quadril e na úlcera sacral, principalmente após mobilizações, que ocorriam durante a realização da higiene e conforto, curativos e fisioterapia. Na última semana de internação relatava dor em membro inferior esquerdo, na região da coxa.

Tem conhecimento da extensão de seu problema ortopédico e participa efetivamente de seu tratamento, discutindo com a equipe multidisciplinar as possibilidades e escolhendo as melhores opções. Apesar de seu tratamento ter como objetivo principal conseguir que Mestre sente em 90°, relata ter a esperança de poder andar com ajuda de muletas em alguns anos, sendo sempre encorajado pela equipe médica que futuramente existe a possibilidade deste fato se concretizar, tendo que para tanto, realizar novas cirurgias reparadoras, pois Mestre não possui a cabeça do osso femural esquerdo e durante o acidente foram rompidos vários nervos e tendões, dificultando o deambular.

Nega tabagismo e uso de drogas; alergia a medicamentos; doenças prévias, como Hipertensão e Diabete Mellitus.

Esta é a terceira internação do cliente neste hospital após o acidente automobilístico, sendo que as anteriores foram de dezesseis de setembro a quatorze de outubro de 2002 e dez de novembro de 2002 a dezoito de dezembro de 2002.

Problemas relacionados com os Requisitos Universais de Autocuidado

1) Manutenção de ingestão suficiente de ar

Cliente eupneico, sem queixas quanto à respiração, apresentando oscilações entre 16 a 24 mpm.

2) Manutenção de ingestão suficiente de água

Ingesta hídrica adequada, cerca de 2 litros por dia.

3) Manutenção de ingestão suficiente de alimentos

Durante a internação, aceitava bem a dieta oferecida. Estava sendo acompanhado pela Nutricionista, podendo assim, para aumentar o peso que estava abaixo do esperado, escolher a refeição que mais lhes agradava dentro de um cardápio que era oferecido.

4) Provisão de cuidados, associado ao processo de eliminação e excreção

Eliminações fisiológicas presentes. Eliminação vesical espontânea de três a quatro vezes por dia, em média quantidade em amarelo citrino. Eliminação intestinal por colostomia, de uma a duas vezes por dia, em média quantidade, de líquida a pastosa, de odor fétido, na cor de marrom claro a escuro.

5) Manutenção de um equilíbrio entre atividades e descanso

Dorme bem durante toda a noite, apenas tem dificuldade para dormir quando a dor está muito forte, mas após a administração de opióide volta a dormir sem intercorrências.

6) Prevenção de riscos a vida humana, ao funcionamento e ao bem estar humano

Mantém restrição terapêutica a deambulação. Apenas consegue permanecer sentado em 60°, durante, inicialmente, por períodos curtos e na alta hospitalar por cerca de uma a duas horas.

Durante a internação, realiza fisioterapia de segunda a sexta-feira, duas vezes por dia. Nos finais de semana e feriados, repete os exercícios ensinados nas sessões de fisioterapia.

Mantém fixador externo em volta da região do quadril, dificultando a movimentação desta região (Anexo 5).

Apresenta baixo tônus muscular em membros inferiores e com dificuldade de mobilizações em quadril, em decorrências das dores fortes. Teve uma melhora

significativa, em relação ao tônus muscular, conseguindo elevar em até 45° os membros inferiores.

O leito necessita de adaptações para poder receber o cliente, trata-se de um colchão piramidal, com um corte na região em contato com o quadril, para receber a parte posterior do fixador externo.

Cliente hipocorado (+/4+), hidratado, com pequenas cicatrizes em face, couro cabeludo íntegro. Extremidades acianóticas, sem comprometimento neurovascular periférico.

Apresenta uma úlcera de pressão em região sacral, com tecido de granulação, pequenos pontos de fibrina na região central da ferida, sangrante, com bordas no início do acompanhamento, com cerca de quinze por dezoito centímetros, diminuindo na alta hospitalar para sete por sete centímetros (Anexo 5). Início de debridamento em calcâneos, com recuperação uma semana após detecção. Na última semana antes da alta hospitalar, apresentou “assaduras” na região escrotal e das nádegas.

Teve deiscência de sutura em crista ilíaca bilateral, sendo que a esquerda fechou na segunda semana de acompanhamento, e a direita após a quarta semana.

Possui boa higiene corporal. Necessita de auxílio nas atividades de cuidado corporal, devido restrição terapêutica e dificuldade de movimentação da região do quadril, precisando durante a higiene e conforto e para a realização do curativo a movimentação em bloco com ajuda de no mínimo três pessoas.

Apresentou-se lúcido, orientado e contactuante. Encontrou-se afebril durante toda a internação, oscilando entre 36⁰C e 37⁵C. Sinais vitais estáveis: pressão arterial variando entre 80/60 a 140/70 mmHg e pulso periférico entre 64 a 116 bpm. Mantém edema em membros inferiores com caxifo +/4+ e pele distendida e brilhante na região do quadril.

Durante toda o acompanhamento, referiu dor em região do quadril e na úlcera sacral, principalmente após mobilizações, que ocorriam durante a realização da higiene e conforto; curativos e fisioterapia. Na última semana de internação relatava dor em membro inferior esquerdo, na região da coxa.

Na primeira semana de acompanhamento mantinha acesso venoso profundo por subclávia direita, fazendo o uso de Dimorf, Anitripina, Carbamazepina e Heparina.

7) Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social

Mostrava-se sempre comunicativo e ansioso, pois desejava voltar logo para casa, reencontrar sua família, principalmente sua filha, que via somente de quinze e quinze dias. Também pela espera da resposta ao tratamento, sempre questionando sobre quando poderia voltar a deambular.

A esposa esteve como acompanhante durante toda a internação, sempre presente nas conversas, auxiliando no que fosse necessário para o bem estar de Mestre. Durante suas conversas mostravam-se carinhos e afetuosos. Conversavam sobre sua família, que demonstravam estarem com saudades e ansiosos pela sua recuperação. Sua esposa fazia a maioria dos cuidados ao Mestre, sendo sempre orientada sobre as técnicas, já que ela que realiza os curativos e algumas vezes a fisioterapia no domicílio. Nas últimas semanas tinha como acompanhante sua mãe, que auxiliava nos cuidados.

Mestre participava ativamente dos cuidados de enfermagem, realização da fisioterapia e da visita médica, seguindo as orientações prestadas. Fazia perguntas e comentários pertinentes sobre os cuidados, o diagnóstico, os exames realizados e o tratamento seguido.

Adorava conversar, sentar na cadeira de roda para poder sair do quarto e rever os amigos e parentes na porta de saída da unidade de internação.

Cliente possui uma boa percepção sobre seu diagnóstico, os cuidados e o tratamento. Sendo necessário relembrar com ele e sua esposa os cuidados que serão realizados no domicílio.

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
1º Momento	
Período de 9 de abril a 12 de junho de 2003	
Diagnóstico dos déficits do autocuidado	Classificação dos déficits nos requisitos do autocuidado
Risco para infecção relacionado com cateter venoso profundo; deiscência de sutura em crista ilíaca direita; fixador externo no quadril; colostomia; diminuição da hemoglobina.	Desvio de Saúde
Integridade tissular prejudicada caracterizada por inserção dos pinos do fixador externo no quadril; dermatite de contato a região escrotal e nádegas; fratura complexa de anel pélvico; e, úlcera de pressão em região sacra relacionada com conseqüências de cirurgia ortopédica; fragilidade da pele; e, emagrecimento.	Desvio de Saúde
Controle eficaz do regime terapêutico individual caracterizado por desejo de seguir o tratamento recomendado relacionado com grau de satisfação com a vida e motivação para a vida.	Requisito de Autocuidado Relativo ao Desenvolvimento Humano
Ansiedade relacionada com afastamento da família e amigos; e, tratamento caracterizada por nervosismo, preocupação, relacionado as possibilidades das evoluções do tratamento e ao afastamento de familiares e amigos	Requisito de Autocuidado Universal
Dor intensa caracterizada por relato verbal e fâcies de dor relacionada com fratura; pós-operatório de cirurgia ortopédica; úlcera de pressão em região sacra.	Desvio de Saúde

Mobilidade física prejudicada caracterizada por incapacidade para mover-se sem auxílio relacionada com conseqüências da cirurgia; fixador externo; dor; diminuição do tônus muscular em MMII	Desvio de Saúde
Síndrome do déficit do autocuidado caracterizada por incapacidade para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária relacionado com imobilização terapêutica dos MMII; dor; diminuição do tônus muscular em MMII.	Requisito de Autocuidado Universal
Integridade da pele prejudicada caracterizada por desepitelização dos calcâneos relacionada com contato dos calcâneos com o colchão.	Desvio de Saúde
Proteção alterada caracterizada por dificuldade para mover-se; diminuição da hemoglobina; dificuldade para cicatrização relacionada com anemia; e, emagrecimento.	Desvio de Saúde

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
2º Momento	
Definição do Sistema de Enfermagem	Projeção da Assistência de Enfermagem
Sistema parcialmente compensatório	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Administrar medicação conforme prescrição médica e as queixas do cliente; ⇒ Observar queixas álgicas; ⇒ Orientar familiar/acompanhante para que utilize técnicas de relaxamento; ⇒ Orientar sobre o risco de dependência dos opióides; ⇒ Avaliar o grau de dependência dos opióides; ⇒ Troca de curativo em fixador externo, cristas ilíacas e úlcera

	<p>de pressão em região sacra;</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Observar presença de sangramentos; ⇒ Lavagem das mãos antes e após o contato com os clientes; ⇒ Uso de material de proteção de contato; ⇒ Observar sinais flogísticos (dor, rubor, calor e secreções) nos locais de inserção do catéter venoso profundo, dos pinos do fixador externo, nas deiscências de sutura, colostomia e úlcera de pressão; ⇒ Oferecer/realizar massagem corporal no sentido do retorno venoso e colocar placas de hidrocoloídes em áreas de pressão; ⇒ Realizar movimentação em bloco durante cuidados de higiene e conforto e curativos; ⇒ Auxiliar nos cuidados de higiene e conforto; no toalete; no vestir-se; no alimentar-se e nas atividades instrumentais; ⇒ Deixar materiais de uso freqüente próximas/ao alcance do cliente; ⇒ Oportunizar para que o cliente seja transferido do leito para a cadeira.
Sistema de apoio/educação	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Deixar espaço para indagações sobre possíveis dúvidas; ⇒ Estimular movimentações das áreas livres; ⇒ Estimular alimentação rica em ferro; ⇒ Estimular a participação/realização na fisioterapia; ⇒ Orientar e estimular a participação do acompanhante durante a realização dos procedimentos; ⇒ Orientar sobre os cuidados com colostomia; ⇒ Orientações para alta hospitalar, como uso a técnica correta da realização dos curativos, como movimentar em bloco, movimentar as áreas livres, uso dos medicamentos no

	domicílio; sobre a consulta de retorno e sobre dúvidas que surgirem no decorrer das conversas.
--	--

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
3º Momento	
Data	Avaliação da Assistência de Enfermagem
09/04/03 a 16/04/03	<p>Apesar de que esta semana em nosso cronograma estaria reservada para a observação das atividades realizadas na unidade, assim que tivemos o primeiro contato com Mestre, tivemos a certeza que seria um cliente que acompanharíamos mais de perto. Sendo então acompanhado diariamente por nós, criando laços de confiança e companheirismo. Nesta primeira semana conhecemos um Mestre ansioso, acompanhado da esposa, onde ambos conheciam como cada procedimento deveria ser feito e, melhor ainda, sabiam como fazer, tudo em decorrência de mais de um ano realizando a mesmas atividades diariamente. Mestre movimentava muito pouco os membros inferiores, devido ao baixo tônus muscular, por isso, o fisioterapeuta precisava fazer exercícios passivos. Mantinha acesso venoso profundo por subclávia direita. A dor no quadril foi a queixa que permaneceu durante todo o acompanhamento, durante a realização do curativos a dor era tão intensa que era como se sentíssemos junto com ele. Na crista ilíaca direita havia uma deiscência de sutura de, aproximadamente, três centímetros, com saída de média quantidade de secreção serosanguinolenta. A úlcera de pressão em região sacra tinha o tamanho aproximado de quinze por dezoito centímetros, mas apresentava um bom aspecto, com tecido de granulação em toda a área, sangrante, sem pontos de necrose, extremamente dolorida ao toque.</p>
22/04/03 a 25/04/03	<p>Após um final de semana com “feriadão”, Mestre parecia um novo homem, mais colaborativo, atuante no seu tratamento, coordenando as pessoas que estavam em sua volta para a realização dos procedimentos. Nos surpreendemos com a evolução da movimentação dos membros inferiores, conseguia até 10º de elevação, outro feito era a realização de supina de ambos os pés. A crista ilíaca direita mantinha a deiscência de sutura de, aproximadamente, três centímetros, com saída de média quantidade de secreção piosanguinolenta e na crista ilíaca</p>

	<p>esquerda havia uma pequena deiscência de sutura, um centímetro, com saída de discreta secreção serosanguinolenta. A úlcera de pressão em região sacra tinha uma aproximação de $\frac{1}{2}$ polpa digital entre as bordas, mantinha o tecido de granulação em toda a área, estava sangrante, sem pontos de necrose e extremamente dolorida ao toque. Mantinha acesso venoso profundo por subclávia direita.</p>
<p>28/04/03 a 30/04/03</p>	<p>Mestre continuava atuante no seu tratamento. Evoluindo na movimentação dos membros inferiores, conseguia até 15° de elevação, com a realização de supina de ambos os pés. A crista ilíaca direita mantinha a deiscência de sutura diminuindo para dois centímetros, com saída de média Quantidade de secreção serosanguinolenta e a deiscência na crista ilíaca esquerda havia fechado. A úlcera de pressão em região sacra, agora tinha treze por quinze centímetros, mantinha o tecido de granulação em toda a área, estava sangrante, sem pontos de necrose e extremamente dolorida ao toque. Retirado o acesso venoso profundo por subclávia direita, passado medicação endovenosa para via oral.</p>
<p>05/05/03 a 09/05/03</p>	<p>Novamente, um “feriadão” nos distanciava do contato com Mestre, mas para compensar, nos alegrávamos, pois conseguíamos ver grandes mudanças/evoluções. A movimentação de até 25° de elevação dos membros inferiores e com a realização com mais intensidade da supina de ambos os pés. A crista ilíaca direita mantinha apenas um centímetro de deiscência de sutura, com saída de discreta quantidade de secreção serosanguinolenta. A úlcera de pressão em região sacra, agora tinha treze por quinze centímetros, mantinha o tecido de granulação em toda a área, estava sangrante e extremamente dolorida ao toque, mas conversávamos tanto durante o procedimento que tinha dias que Mestre referia que não tinha sentido dor durante o curativo, também fomos encontrando a posição que ele se sentia mais confortável evitando as dores no quadril.</p>
<p>19/05/03 a 23/05/03</p>	<p>Posteriormente a uma semana reservada no cronograma para visitas a instituições de referência no serviço de ortopedia e traumatologia, retornamos a unidade, com mais experiência e aprimoradas. Ao chegarmos até o quarto do Mestre ficamos contentes a sermos indagadas por ele quando faríamos seus curativos, pois naquela semana tinha sido ótimo, já que quase não havia sentido dor. Apesar do pedido, não conseguíamos realizar diariamente seu curativo, já que também</p>

	<p>acompanhávamos outro cliente que nos exigia a presença. A elevação dos membros inferiores era de 40°, apesar da presença de edema (+/4+) com cacifo. Apresentava-se ligeiramente hipocorado (+/4+), sendo orientado quanto a alimentação rica em ferro. A deiscência de sutura em crista ilíaca direita havia <i>fechado</i>, apresentava-se <i>saliente, brilhosa com tecido de granulação e sangrante</i>. Presença de um abscesso em região do músculo Hoschester direito, com saída de secreção purulenta esverdeada em média quantidade. A úlcera de pressão em região sacra com sete por sete centímetros, mantinha o tecido de granulação em toda a área, estava sangrante, com pontos de fibrina na região central da ferida, com as conversas, Mestre referia pouca dor. Na região do calcâneo com início de desepitelização, como não havia disponível hidrocoloídes, enfaixamos e colocamos luvas d'água para aliviar a área de pressão.</p>
<p>26/05/03 a 30/05/03</p>	<p>Sempre realizando perguntas interessantes, que nos fazia estudar procurando por respostas e a falarmos com profissionais mais experientes para dar-nos um suporte. A elevação dos membros inferiores era de 45°, com presença de edema (+/4+) com cacifo. Apresentava-se ligeiramente hipocorado (+/4+). Manteve o abscesso em região do músculo Hoschester direito, com saída de secreção purulenta esverdeada em média quantidade. A úlcera de pressão em região sacra com seis e meio por seis e meio centímetros, mantinha o tecido de granulação em toda a área, estava sangrante, com pontos de fibrina na região central da ferida, com as conversas, Mestre referia pouca dor. Agora, referia dor em coxa direita, dizia que era de uma fisioterapia que não foi bem aplicada, aplicávamos gelo, mas na hora de deixá-lo em decúbito lateral para a realização do curativo, as dores aumentavam, sendo necessária a medicação para controle. Na região do calcâneo já não existia mais a desepitelização, mas continuavam as faixas e as luvas d'água para aliviar a área de pressão, evitando o retorno do transtorno.</p>
<p>02/06/03 a 03/06/03</p>	<p>Na última semana de acompanhamento, já nos sentíamos a vontade, tanto nós quando Mestre e sua acompanhante, sua mãe, que havia trocado de lugar com a esposa de Mestre, para que ela pudesse descansar e passar um tempo com a filha. Ela é um doce de pessoa, que com seu jeito simples e seu sotaque alemão nos conquistou e a todos os clientes do quarto. A elevação dos membros inferiores era de 50°, com presença de edema (+/4+) com cacifo. Apresentava-se ligeiramente hipocorado (+/4+). Presença de um abscesso em região do músculo Hoschester</p>

	<p>direito, com saída de secreção purulenta esverdeada em discreta quantidade. A úlcera de pressão em região sacra com seis e meio por seis e meio centímetros, mantinha o tecido de granulação em toda a área, estava sangrante, com pontos de fibrina na região central da ferida, com as conversas, Mestre referia pouca dor no quadril. A dor em coxa direita se mantinha mesmo com os cuidados para evitar que ela aumentasse.</p>
04/06/03	<p>Mestre nesta última semana já fazia planos e mais planos para quando chegasse em casa. Pensava em qual ambulância poderia usar, como seria transferido no leito para a ambulância e da ambulância para seu quarto em casa, quem viria buscar, como seriam as atividades, a hora do banho, do curativo, da fisioterapia, e assim por diante. Antes de ir embora, um curativo caprichado, transferindo o Mestre para a cadeira com poses para as fotos da equipe médica e da enfermagem, todos orgulhosos dos avanços dele durante a internação. Apesar de todo o conhecimento que ele e sua esposa receberam durante a internação, reforçamos alguns pontos que julgamos importantes para a alta hospitalar. Neste momento todas as dores foram esquecidas, só havia o desejo de chegar em casa, abraçar a filha e ficar próximo dos amigos e, principalmente da esposa, que foi para casa descansar, deixando saudades. Nossa relação se tornou um aprendizado mútuo, trocamos informações, aprendemos juntos com os erros e as dores. Fica a lembrança de um homem que não desistiu da vida quando todos já haviam por ele, quando todos não tinham a esperança de que ele chegaria onde chegou, a sentar a 60°. Por isso, acreditamos que daqui alguns anos, poderemos nos deparar com um Mestre deambulando, pronto para enfrentar um novo desafio.</p>

6.3.1.2 Zangado

Identificação do cliente

Zangado, do sexo masculino, 25 anos, católico não praticante, casado, natural e procedente de Palhoça/SC. Tem o primeiro grau incompleto e trabalhava como pedreiro autônomo. É pai de dois filhos do seu primeiro casamento; uma menina de dez anos e um menino de seis anos. Atualmente, sua segunda esposa está na décima semana de gestação e passou a morar com a sogra e cunhado, que os ajudam a cuidar de seus enteados.

Escolhemos o pseudônimo “Zangado” para este cliente, pois no início do tratamento ele estava sempre de “cara amarrada”, não aceitava as orientações e reclamava de todos os procedimentos que eram realizados.

Admitido na Unidade de Ortopedia no dia vinte e cinco de abril de 2003, às quinze horas, proveniente de transferência externa do Hospital Regional São José, onde esteve internado desde o seu acidente motociclístico ocorrido no dia treze de abril de 2003. Zangado relata que permaneceu 12 dias imobilizado no leito e adquiriu uma úlcera de pressão profunda na região sacral enquanto aguardava a transferência para o Hospital Governador Celso Ramos, que é o centro de referência para o atendimento de diagnóstico de Traumatismo Raqui-Medular.

Relata que não lembra exatamente como se deu o acidente, pois foi muito repentino. Ele estava indo para casa de moto, em alta velocidade e colidiu-se com um carro. Com o impacto, foi jogado para o chão, onde teve fratura cominutiva da sexta e sétima vértebra torácica (Anexo 6). Em seguida, foi levado à emergência do Hospital Regional São José pelo Corpo de Bombeiros de Palhoça/SC.

Em virtude do diagnóstico de Trauma Raqui-medular, Zangado foi submetido a Cirurgia de Artrodese por via posterior, com colocação de quadro de Hartstrill (Anexo 6), no dia vinte e seis de abril de 2003 e fez cirurgia de desbridamento de úlcera de pressão em região sacral, no dia vinte de maio de 2003. Ao final do nosso estágio, ele estava aguardando a cirurgia para realização de enxertia da úlcera de pressão sacral, marcada para o dia dezessete de junho de 2003.

Aspectos teóricos referentes ao diagnóstico e conduta terapêutica do caso descrito

As fraturas, luxações e lesões na coluna cervical são habitualmente causadas por um veículo motorizado, uma queda, uma lesão de mergulho ou algum outro esforço atlético. Na avaliação inicial de uma lesão da coluna cervical, é fundamental a determinação da presença de algum déficit neurológico. Este déficit neurológico pode ser uma lesão medular e/ou um envolvimento específico de raiz nervosa. O objetivo primário no manejo cirúrgico é preservar e melhorar, tanto quanto possível, a função neurológica e, ao mesmo tempo, estabilizar a coluna para permitir rápida mobilização do cliente (BRAY, 1993).

Lesões medulares ou da cauda equina ocorrem em aproximadamente 10 a 38% das lesões da coluna torácico-lombar. As lesões neurológicas se acentuam quando são devido a mecanismos torcionais ou de cisalhamento, ocorrendo em 50% nas fraturas com luxações. As lesões entre T5 e T9 têm maior potencial de lesão neurológica, pois nesta região o canal medular é mais estreito e o suprimento vascular é crítico. A lesão músculo-esquelética pode causar hemorragia, edema e compressão por fragmentos ósseos dos elementos neurais, de forma aguda (GOLDENBERG, 2003).

Zangado, em decorrência do acidente motociclístico, teve fratura cominutiva da sexta e sétima vértebra torácica, sendo que, estas vértebras foram divididas em vários fragmentos, conforme visualização da radiografia (Anexo 6). Em virtude da lesão medular, esta fratura ocasionou um déficit neurológico da parte inferior do corpo, deixando o cliente paraplégico.

Segundo Smeltzer e Bare (1998), imediatamente depois da contusão ou lesão lacerante, as fibras nervosas começam a intumescer e a desintegrar-se. Não há somente traumatismo a vascularização da medula espinhal, mas um processo patogênico passa a ser responsável pelo dano progressivo da lesão aguda na medula espinhal. Uma cadeia secundária de eventos produz isquemia, hipóxia, edema e lesões hemorrágicas, o que, em contrapartida, resulta em destruição da mielina e dos axônios. Zangado, atualmente, encontra-se com disfunção dos membros inferiores, intestino e bexiga.

Nos tratamentos de fraturas lombares, a lesão neurológica tem maior possibilidade de ser incompleta. O tratamento cirúrgico deve ser imediato e os objetivos da cirurgia devem ser: reduzir qualquer deslocamento maior sob visão direta, a fim de assegurar que as raízes da cauda equina fiquem livres de pressão e constrição e proporcionar a fixação interna dos fragmentos a fim de evitar o redeslocamento e facilitar os cuidados de enfermagem sem o uso de gesso (ADAMS E HAMBLIN, 1994). Este tratamento foi realizado em Zangado, onde por meio da Artrodese por via posterior com colocação de quadro de Hartstrill, as fraturas cominutas foram fixadas e estabilizadas.

Os cuidados de enfermagem referentes aos clientes com lesão da medula espinhal destinam-se a promover uma respiração adequada, melhorar a mobilidade, manter um alinhamento corporal adequado, manter a integridade da pele e a eliminação urinária, melhorar a função intestinal, promover medidas de conforto, monitorizar e tratar as complicações potenciais (SMELTZER E BARE, 1998).

Percepção e/ou expectativas

Nosso primeiro contato com o cliente foi, de certa forma trabalhoso. Zangado queixava-se constantemente de lombalgia e dor torácica. Recusava-se a realizar mudança de decúbito porque seus braços ficavam dormentes. Começamos a acompanhar os cuidados de higiene e conforto feitos, na maioria das vezes pela esposa e realizar a troca de curativos. Em todos os momentos, Zangado permanecia irritado, inquieto e poliqueixoso sobre a sua condição física e dos procedimentos que necessitavam ser realizados.

É tabagista, cerca de uma carteira de cigarro por dia, faz uso de bebidas alcoólicas de todos os gêneros e é dependente químico há oito anos, antes de seu acidente era usuário principalmente, de maconha e cocaína diariamente. Relata que pretende aproveitar a situação para abandonar os vícios, anteriormente fez algumas tentativas, que não foram bem sucedidas. Nega alergia a medicamentos e doenças prévias, como Hipertensão e Diabetes Mellitus. Esteve internado nesta instituição em 1995 em virtude de um abscesso no joelho, na qual ficou com uma cicatriz no joelho direito.

Problemas relacionados com os Requisitos Universais de Autocuidado

1) Manutenção da ingestão suficiente de ar

Cliente eupneico, com queixas álgicas durante a respiração, apresentando oscilações entre 18 a 22 mpm, ritmo regular, amplitude e movimento normal. Na primeira semana, apresentou episódios esporádicos de tosse sem a presença de secreções.

2) Manutenção da ingestão de água

Ingesta hídrica adequada, cerca de 1 litro e meio por dia.

3) Manutenção da ingestão suficiente de alimentos

Está com dieta sem irritantes gástricos durante a internação e aceitando parcialmente a dieta, pois está com pouco apetite e enjoado da comida hospitalar. Descobriu durante esta internação, que tem uma úlcera duodenal sem sangramento ativo.

4) Provisão de cuidados, associada aos processos de eliminação e excreção

Eliminações fisiológicas presentes. Relata que sente quando sua bexiga está cheia, mas não possui controle esfinteriano, sendo necessário cateterismo vesical de alívio periodicamente. Eliminações intestinais presentes, mas sem controle esfinteriano, geralmente uma vez ao dia, em média quantidade.

Nos primeiros dias de internação, em torno de cinco dias, apresentou episódios de melena, de pequena a média quantidade e algumas ocorrências de hêmese durante dois dias em pequena quantidade.

5) Manutenção de um equilíbrio entre a atividade e descanso

Cliente refere não ter dificuldades para dormir em sua residência. Durante a internação não consegue adormecer direito e acorda várias vezes a noite em virtude do barulho, da mudança de decúbito e da administração de medicação.

Ausência de sensibilidade nos membros inferiores, sendo diagnosticado como paraplégico em virtude da lesão medular torácica. Atualmente, tem dificuldade para realizar algumas atividades, como no cuidado corporal e higienização do tronco inferior; em vestir-se devido à imobilização terapêutica e paraplegia. Necessita de acompanhante para aproximar os seus pertences, alimentação, objetos de uso pessoal e outros, aos membros superiores, para que ele realize algumas atividades possíveis.

6) Prevenção de riscos a vida humana, ao funcionamento e ao bem estar humano

Mucosas íntegras, coradas, hidratadas, com musculatura eutrófica. Extremidades acianóticas, sem comprometimento neurovascular periférico. Presença de ferida operatória na região torácica limpa, com bordos aproximados por sutura conseqüente da cirurgia ortopédica. Apresenta úlcera de pressão profunda na região sacral, com odor fétido e drenando média quantidade de secreção purulenta, presença de tecido necrótico em toda extensão das bordas. Ponto central com presença de fibrina e tecido de granulação em pouca quantidade.

Apresenta-se com boa higiene corporal. Necessita de auxílio para os cuidados de higiene e conforto e mobilização no leito devido a ausência de mobilidade/sensibilidade em todo o tronco inferior do corpo

Zangado esteve lúcido e orientado no decorrer do período. Apresentou alterações quanto à regulação térmica, sendo que a temperatura corporal oscilou entre 36⁹⁰C e 39⁰⁰C, sendo medicado conforme prescrição médica com antitérmico. A pressão arterial variou entre 110/60 e 120/80 mmHg e pulso periférico entre 80 a 100 bpm.

Não refere problemas quanto às percepções visual, auditiva, olfativa, tátil e gustativa. Nos primeiros contatos, referiu constantemente de lombalgia e dor torácica, principalmente aos movimentos e mudança de decúbito.

Rede venosa bem visível. Esta com fluidoterapia através de cateter de punção de subclávia à direita. Fazendo o uso dos seguintes medicamentos: Cefazidime, Gentamicina, Ranitidina, Omeprazol, Tramadol e Metaclopramida

Necessita realizar mudança de decúbito periodicamente, sendo necessário prevenção para queda do leito durante a mobilização.

7) Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social

Zangado foi pouco receptivo e falava somente quando indagado. Apresentou-se irritado e inconformado com sua condição atual. Ele conhece sobre o seu diagnóstico médico e relata ter esperanças de voltar a andar. Segundo o cliente, seu médico informou que ele talvez voltará a andar após dois anos de tratamento. Na ocasião, Zangado pediu a nossa opinião sobre as suas possibilidades de voltar a andar. Respondemos que nada é impossível e que cada pessoa possui características próprias, por isso a resposta ao tratamento dependia, principalmente dele.

Conhecemos vários acompanhantes de Zangado, tais como primos, amigos e esposa. Tivemos a oportunidade de interagir mais com a esposa do cliente, pois a mesma permanecia durante o dia ao lado do esposo. Ela participava dos cuidados de enfermagem e da visita médica, seguindo as orientações prestadas, demonstrando carinho por ele.

Cliente possui uma boa percepção sobre seu diagnóstico, relatando que ganhou uma cadeira de rodas de um amigo e que está aguardando para conseguir um colete para imobilização, para usá-los em casa. Quando indagamos ao casal sobre o futuro, eles responderam que não sabem direito o que irão fazer, mas que no momento ficarão morando na casa dos pais de Zangado até seu filho nascer. Quanto aos cuidados, a esposa

relata que pretende continuar prestando-os no domicílio, até que seu esposo consiga se recuperar do trauma.

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
1º Momento	
Período de 9 de abril a 12 de junho de 2003	
Diagnóstico dos déficits do autocuidado	Classificação dos déficits nos requisitos do autocuidado
Dor na região torácica caracterizada por comunicação verbal e expressão facial de dor relacionada com pressão excessiva sobre partes do corpo e ferida operatória.	Desvio de Saúde
Mobilidade física prejudicada caracterizada por limitação funcional dos movimentos corporais (virar-se, mover-se e re-posicionar-se) e incapacidade para andar relacionado ao dano músculo-esquelético e neuromuscular (ausência de sensibilidade nos MMII)	Desvio de Saúde
Síndrome pós-trauma caracterizada por alterações do estilo de vida relacionado com condição de saúde conseqüente ao acidente.	Desvio de Saúde
Síndrome do déficit do autocuidado caracterizada por dificuldade para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária relacionada com conseqüências do trauma raquimedular.	Requisito de Autocuidado Universal
Alteração na eliminação urinária caracterizada por retenção urinária relacionada com bexiga neurogênica.	Requisito de autocuidado Universal
Incontinência intestinal caracterizada pela eliminação involuntária de fezes relacionada a falta de controle sobre o esfíncter anal.	Requisito de Autocuidado Universal

Alteração na nutrição: risco para menos do que o corpo necessita relacionado à falta de apetite e intolerância à comida hospitalar.	Requisito de Autocuidado Universal
Hipertermia caracterizada por aumento da temperatura corporal acima da faixa de normalidade, mal-estar geral e perda do apetite.	Desvio de Saúde
Integridade tissular prejudicada caracterizada por úlcera de pressão e ferida cirúrgica relacionada com trauma mecânico, pressão sobre a pele, hipertermia e alteração nutricional.	Desvio de Saúde
Distúrbio no padrão de sono caracterizado por queixas de dificuldade para adormecer, relacionada com dor, administração de medicação, mudança de decúbito e ambiente diferente do usual.	Requisito de Autocuidado Universal
Risco para infecção relacionado com exposição ambiental aumentada; catéter de subclávia direita, cirurgia de artrodese de coluna vertebral, sondagem vesical de alívio de repetição e úlcera de pressão.	Desvio de Saúde

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
2º Momento	
Definição do Sistema de Enfermagem	Projeção da Assistência de Enfermagem
Sistema parcialmente compensatório	<p>⇒ Observar queixas álgicas e administrar medicação conforme prescrição médica, nas queixas do cliente;</p> <p>⇒ Observar sinais flogísticos (dor, rubor, calor e secreções) nos locais de inserção do catéter venoso profundo, ferida operatória e úlcera de pressão;</p> <p>⇒ Oferecer/realizar massagem corporal no sentido do retorno venoso e colocar placas de hidrocolóides em áreas de</p>

	<p>pressão;</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Orientar familiar/acompanhante para que utilize técnicas de relaxamento; ⇒ Auxiliar nos cuidados de higiene e conforto; no toalete; no vestir-se; no alimentar-se e nas atividades instrumentais e estimular a participação do cliente, acompanhante e/ou familiar durante o procedimento nos locais possíveis; ⇒ Orientar e auxiliar para a realização de higiene oral, estimular e auxiliar o cliente a fazer a “barba”; ⇒ Realizar movimentação em bloco durante cuidados de higiene e conforto e curativos; ⇒ Deixar materiais de uso freqüente próximo e ao alcance do cliente; ⇒ Proteções laterais no leito nas mudanças de decúbito; ⇒ Passar cateterismo vesical de alívio periodicamente, massageando o abdômen, promovendo o esvaziamento completo da bexiga urinária; ⇒ Estimular para que o cliente tente enviar estímulo de micção no momento do procedimento; ⇒ Anotar a quantidade e aspecto de urina eliminada, avaliar a cor, odor, aspecto e presença de anormalidades (piúria, hematúria);
	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Orientar ao acompanhante sobre a técnica de cateterismo vesical, ensinar como deve ser feito em domicílio; ⇒ Orientar sobre o empréstimo de pacotes de cateterismo vesical no Centro de Saúde mais próximo da sua residência; ⇒ Colocar fraldas e trocá-la quando necessário; ⇒ Limpar a região anal em cada troca de fralda, observar a presença de hiperemia e sangramentos;

	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Analisar a quantidade, cor, odor e aspecto das eliminações intestinais; ⇒ Trocar o curativo da ferida operatória diariamente e avaliar a presença de sangramento e/ou outras secreções, deiscência de sutura e evolução da cicatrização; ⇒ Retirar os pontos da ferida operatória após cicatrização da sutura; ⇒ Trocar o curativo da úlcera de pressão em região sacral, observar, avaliar, e anotar a cor, presença de odor e secreções e o processo de cicatrização; ⇒ Trocar o curativo de punção de subclávia conforme a rotina da unidade e avaliar as suas características, como presença de secreção, coloração e odor; ⇒ Realizar, orientar e ressaltar sobre a importância da mudança de decúbito periodicamente;
Sistema de apoio/educação	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Discutir, deixar espaço para indagações e esclarecimento de dúvidas sobre o tratamento; ⇒ Estimular movimentações das áreas livres; ⇒ Estimular a participação e realização na fisioterapia; ⇒ Orientar e estimular a participação do acompanhante durante a realização dos procedimentos; ⇒ Estimular a ingestão de alimentos e orientar sobre a importância do mesmo, principalmente para a reabilitação e cicatrização da ferida operatória e úlcera de pressão. ⇒ Oferecer uma dieta balanceada, constituída por alimentos construtores, energéticos e reguladores; ⇒ Orientar sobre a importância da mudança de decúbito e prevenção de úlceras de pressão; ⇒ Orientar para a realização de técnicas que facilitem o hábito

	<p>de dormir, como ler livro, escutar música, ver televisão entre outros;</p> <p>⇒ Conversar sobre o diagnóstico do cliente, esclarecer dúvidas e exemplificar casos de pessoas que estão na mesma situação, identificar possibilidades, destacar ações que podem ser realizadas com cadeira de rodas após a alta hospitalar;</p>
--	---

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
3º Momento	
Data	Avaliação da Assistência de Enfermagem
05/05/03 a 09/05/03	<p>Desde que o cliente chegou na unidade, a equipe de enfermagem nos orientou que o caso do cliente era interessante a nós. Desde então, nos interamos do caso e decidimos escolher o cliente para desenvolver o processo, pois é uma situação que exige um estímulo ao autocuidado efetivo. Ao chegarmos no quarto, no primeiro contato, Zangado e sua acompanhante nos olharam desconfiados, mesmo assim, continuamos a acompanhar os cuidados e curativos realizados, sempre tentando conversar com o cliente, que apenas respondia os questionamentos; irritado, ele queixava-se de dor, da demora da realização dos procedimentos e da situação que ele se encontrava. No decorrer da semana, Zangado e sua acompanhante tornaram-se mais receptivos e contactuantes conosco. Ambos foram orientados quanto a importância e a necessidade da mudança de decúbito para o tratamento e reabilitação, da necessidade de realizar massagens com creme hidratante na pele, prevenindo a formação de novas úlceras de pressão. A sutura cirúrgica localizada na região torácica apresentou bordos bem aproximados e drenando pouca quantidade de secreção purulenta esverdeada na sua parte inferior. Foi colhido material para realizar cultura da secreção. Durante a semana, principalmente a noite, o cliente teve aumento da temperatura corporal, apesar de estar com medicação de horário para este fato.</p>

<p>19/05/03 a 23/05/03</p>	<p>Posteriormente a semana reservada no cronograma para visitas a instituições de referência no serviço de ortopedia e traumatologia, retornamos a unidade, com mais experiência e aprimoradas. Ao chegarmos até o quarto de Zangado, ficamos surpresas com a evolução do cliente: agora mais calmo, conversando, questionando sobre a evolução da úlcera de pressão e feliz, nos informou que faria a cirurgia de desbridamento da úlcera de pressão naquela semana. Contactuamos com o Centro cirúrgico e acompanhamos a realização da cirurgia, realizada no dia vinte de maio, conversamos com o cliente sobre os procedimentos realizados e os cuidados necessários para a cicatrização, ressaltando sobre a importância da mudança de decúbito, da realização da troca dos curativos na úlcera de pressão e ferida operatória. Nesta semana, assumimos a realização de cateterismo vesical no cliente, estabelecendo maior confiança e amizade com ele. A úlcera de pressão começou a desenvolver tecido de granulação em toda o borda e em alguns pontos centrais. O cliente começou a aceitar a realização da fisioterapia e a sutura cirúrgica estava com bom processo de cicatrização, fechada e sem odor e secreção.</p>
<p>26/05/03 a 30/05/03</p>	<p>Nesta semana, ao chegarmos no quarto de Zangado, ficamos felizes ao sermos questionadas se iríamos fazer os curativos, primeiro pelo fato dele estar conversando e segundo pelo voto de confiança estabelecido. Neste período, a úlcera de pressão sacral passou a apresentar tecido de granulação em toda a sua extensão e foi retirado os pontos da ferida operatória. Zangado e sua esposa questionavam diariamente sobre a evolução da úlcera de pressão e seguiam as orientações que eram fornecidas no decorrer da assistência. Conversamos com o cliente sobre as suas perspectivas de vida após a alta hospitalar e ressaltamos a</p>
	<p>importância dele ter uma ocupação, ajudar a movimentar-se e de realizar o autocuidado, dentro das suas limitações. Zangado pede para realizar a mudança de decúbito e começou a urinar espontaneamente. Ele permanece sem sensibilidade para a micção, estando agora com incontinência urinária. Nesta semana, Zangado começou a ficar sentado no leito, com ajuda da fisioterapia.</p>

02/06/03 a 04/06/03	Esta semana, já em clima de despedida, repetimos todas as orientações prestadas no decorrer do período. A úlcera de pressão está com bastante tecido de granulação e com pontos sangrantes em toda a área, sendo marcada a cirurgia para enxertia da escara para o dia dezessete de junho. Durante a conversa, orientamos sobre o procedimento da enxertia e sobre s cuidados necessários após a cirurgia, de principalmente, ter que ficar deitado em decúbito dorsal por sete dias. Zangado e sua acompanhante agradeceram os cuidados recebidos.
---------------------------	---

6.3.1.3 Feliz

Identificação do cliente

Feliz, do sexo masculino, 42 anos, católico, casado, natural de Mamboré/PR e procedente de São José/SC, com o primeiro grau completo, é autônomo, trabalhando como eletricitista junto com a esposa em uma empresa de prestação de serviço. Tem três filhos, um rapaz de 13 anos e outro de 16 anos que moram com sua ex-mulher e uma jovem de 22 anos, casada, tem um filho, e grávida novamente. Atualmente, mora com a esposa e três enteados, uma menina de 10 anos, uma jovem de 20 anos e um rapaz de 19 anos.

Escolhemos o apelido “Feliz” para este cliente, porque apesar de toda a dor que sentia, da ansiedade para reencontrar entes queridos e retornar ao trabalho, da indignação pela demora da realização da cirurgia, ele sempre nos recebia com um sorriso, agradecendo pela atenção recebida, dizendo que apesar de tudo, estava gostando de estar na unidade e na alta hospitalar expressou frases acerca de nossa assistência que nos envaideceram o resto do dia.

Admitido na Emergência no Hospital Governador Celso Ramos no dia dezenove de maio de 2003, às quinze horas, após queda de oito metros e meio, quando trabalhava um poste de energia elétrica no bairro Monte Verde em Florianópolis/SC, ao receber um choque elétrico seguido de um pequeno estouro que o jogou para baixo, ficando inconsciente nos primeiros minutos após o trauma. Encaminhado para internação na Unidade de Ortopedia deste mesmo hospital, com o diagnóstico de fratura de rádio distal intra-articular do membro superior direito e fratura de cabeça de rádio esquerdo, sem desvio. Foi submetido no dia vinte e sete de maio de 2003 a uma cirurgia ortopédica de

Osteossíntese de rádio e ulna distal à direita, com colocação de fios de Kirschner percutâneo para redução e fixação da fratura. Permanecendo internado até o dia vinte e oito de maio de 2003.

Aspectos teóricos referentes ao diagnóstico e conduta terapêutica do caso descrito

As fraturas da extremidade distal do rádio são comuns, em alguns casos, há simplesmente, um traço, sem desvio, mas na grande maioria a fratura e o desvio são característicos. O traço é transversal, cerca de dois centímetros acima da superfície articular distal do rádio. O fragmento distal está levemente desviado no sentido dorsal e lateral, e angulado para trás, de maneira que a superfície articular, ao invés de dirigir-se para baixo e discretamente para frente, como no punho normal, está dirigida para baixo e para trás (ADAMS E HAMBLIN, 1994).

Em fratura deste tipo com desvio, o método padrão de tratamento é efetuar a redução por manipulação sob anestesia e imobilizar o antebraço e punho em gesso abaixo do cotovelo. Para efetuar a redução dos fragmentos em toda a sua extensão; o fragmento distal pode ser reposicionado de maneira perfeita por firme pressão sobre sua superfície dorsal. Após aplica-se gesso com o punho em posição neutra, entre a flexão e extensão, mas com leve desvio cubital (ADAMS E HAMBLIN, 1994).

O tratamento com um fixador externo, apesar de ser defendido em alguns centros, não é recomendado pelos inconvenientes adicionais e pelo desconforto do cliente (ADAMS E HAMBLIN, 1994). No entanto, a equipe médica responsável pela cirurgia ortopédica de Feliz, além de fazer a redução dos fragmentos e reposicioná-los, decidiu pela fixação com a colocação de fios de Kirschner percutâneo. Em decorrência deste fato, em vez de ser colocado gesso na região, optou-se pela tala axilo-palmar, para que os curativos diários fossem realizados.

A fratura da cabeça do rádio é uma fratura comum, causada por uma queda sobre a mão espalmada e a força é transmitida axialmente ao longa da diáfise radial. Na maioria dos casos, a fratura é apenas linear, sem desvio, como aconteceu com Feliz (ADAMS E HAMBLIN, 1994).

Uma fratura da cabeça do rádio facilmente passa despercebida, porque às vezes não é imediatamente evidenciada pelas radiografias. As características que devem sugerir a natureza exata da lesão são a história de uma queda sobre o braço estendido, com

hipersensibilidade local à palpação sobre a cabeça do rádio, movimento do cotovelo prejudicado, dor aguda no bordo do rádio, movimento do cotovelo prejudicado e dor aguda no bordo externo da articulação quando se força a rotação (ADAMS E HAMBLIN, 1994).

O tratamento necessário depende da gravidade da lesão à cabeça radial. Se as radiografias sugerirem que a cabeça radial sofreu uma lesão pequena e que, após a consolidação a superfície articular ficará razoavelmente lisa, o tratamento conservador é recomendado. O gesso é aplicado com o cotovelo em ângulo reto e com o antebraço em posição intermediária entre pronação e supinação. O gesso deve ser utilizado durante três semanas, após este período, os exercícios para mobilização devem ser iniciados. Exatamente o tratamento escolhido para ser feito com Feliz em seu membro superior esquerdo (ADAMS E HAMBLIN, 1994).

A assistência de enfermagem, além de ajudar o cliente a ajustar-se emocionalmente a sua lesão, tem responsabilidades, em relação aos cuidados com a pele, a observação e avaliação das condições circulatórias e neurais, a manutenção da integridade do dispositivo de imobilização, auxílio nos cuidados de higiene e conforto, entre outros (BEYERS E DUDAS, 1989).

Percepção e/ou expectativas

Ao primeiro contato com Feliz, este referiu muita dor em flanco esquerdo e em membro superior direito. Relata que na Emergência foi realizada uma redução em membro superior esquerdo, o qual foi muito dolorido, mas após a técnica e a colocação do gesso teve a sensação de conforto e alívio da dor neste membro.

Apesar de não lembrar do momento do trauma, sabe de seu diagnóstico e do tratamento escolhido, que foi o cirúrgico. Sua única angústia é precisar ficar longe do trabalho durante o tratamento, pois como é Autônomo, sem trabalhar não recebe salário, mas relata que sempre há jeito para tudo.

Nega tabagismo e uso de drogas; alergia a medicamentos; doenças prévias, como Hipertensão e Diabetes Mellitus. Esteve internado apenas uma vez, em 2000 durante um dia, para realização de correção nasal, para Rinite Alérgica.

Problemas relacionados aos Requisitos Universais de Autocuidado

1) Manutenção de ingestão suficiente de ar

Cliente eupneico, sem queixas quanto à respiração, apresentando oscilações entre 16 a 20 mpm. Refere que mesmo após a realização de uma cirurgia reparadora, continua apresentando Rinite Alérgica quando há mudança de temperatura.

2) Manutenção de ingestão suficiente de água

Ingesta hídrica adequada, cerca de 2 litros por dia, principalmente a noite quando retorna do trabalho, tem preferência por água.

3) Manutenção de ingestão suficiente de alimento

Relata que quando está em casa na parte da manhã toma apenas um café com leite antes de sair de casa para trabalhar. Às vezes não consegue almoçar, em decorrência da falta de tempo. À noite, faz uma refeição reforçada. Refere que não faz lanches entre as refeições.

Durante a internação, quando não estava em dieta zero, aguardando cirurgia, tinha a dieta livre, aceitando bem a alimentação oferecida.

4) Provisão de cuidados, associada ao processo de eliminação e excreção

Eliminações fisiológicas presentes. Eliminação vesical espontânea, três a quatro vezes por dia, em média quantidade em amarelo citrino. Eliminação intestinal de uma a duas vezes por dia.

5) Manutenção de um equilíbrio entre a atividade e descanso

Cliente refere dificuldade para dormir e insônia, devido a preocupações com a família, trabalho e contas para pagar. Não faz nenhum tipo de tratamento ou relaxamento para auxiliar nesta dificuldade.

Durante a internação consegui dormir, mas com sono leve, devido a ruídos externos ao quarto e também por causa das dores sentidas nos primeiros dias e após a cirurgia.

No domicílio, refere não ter tempo livre para realizar atividades físicas. Nos anos anteriores, jogava futebol com os amigos, mas parou porque os machucados resultantes das partidas de futebol atrapalhavam na realização de seu trabalho.

Atualmente, durante a internação tem dificuldade para realização de atividades básicas de saúde, como no cuidado corporal, na higienização, na alimentação, no vestir-se, devido a imobilização terapêutica dos membros superiores.

6) Prevenção de riscos a vida humana, ao funcionamento e bem estar humano

Integridade física sem anormalidades. Possui uma prótese dentária, ou seja, uma ponte móvel superior, no lado direito.

Cliente apresentava no início da internação hematomas e escoriações em face na região palpebral e lateral da frente; no couro cabeludo e nas laterais dos membros superiores. Mucosas íntegras, coradas, hidratadas, com musculatura eutrófica. Extremidades acianóticas, sem comprometimento neurovascular periférico

Possui boa higiene corporal. Necessita de auxílio nas atividades de cuidado corporal, devido imobilização terapêutica dos membros superiores.

Apresentou-se lúcido, orientado e contactuante. Encontrou-se afebril durante toda a internação, oscilando entre 36°C e 37°C . Sinais vitais estáveis: pressão arterial variando entre 120/70 a 140/90 mmHg e pulso periférico entre 60 a 102 bpm.

No primeiro dia de contato referiu muita dor em flanco esquerdo, que cessou no dia seguinte e em membro superior direito. Diminuiu de intensidade no decorrer dos dias e se intensificou no pós-operatório imediato.

7) Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social

Ansioso, pois desejava realizar logo a cirurgia ortopédica para poder ir para casa, reencontrar sua família e voltar a trabalhar.

A esposa esteve como acompanhante durante toda a internação, sempre presente nas conversas, auxiliando no que fosse necessário para o bem estar de Feliz. Durante suas

conversas mostravam-se carinhos e afetuosos, sempre se chamando por palavras carinhosas. Conversavam sobre sua família, que demonstravam estar com saudades e ansiosos pela sua recuperação.

Mostrava-se sempre comunicativo, adorava conversar e deambular pelo hospital, participava ativamente dos cuidados de enfermagem e da visita médica, seguindo as orientações prestadas. Feliz fazia perguntas e fazia comentários pertinentes sobre os cuidados, o diagnóstico, os exames realizados e o tratamento seguido.

Cliente possui uma boa percepção sobre seu diagnóstico, os cuidados e o tratamento, sendo necessária apenas orientação acerca dos cuidados para sua nova e temporária situação física.

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
1º Momento	
Período de 9 de abril a 12 de junho de 2003	
Diagnóstico dos déficits do autocuidado	Classificação dos déficits nos requisitos do autocuidado
Dor, relacionado a queda de 8 metros e a fratura em punho direito caracterizado por relato verbal.	<i>Desvio de Saúde</i>
Distúrbio no padrão do sono, relacionado a preocupações e ansiedades, caracterizado por insônia e/ou sono leve.	Requisito de Autocuidado Universal
Integridade tissular prejudicada, caracterizada por fratura em membros superiores, edema em membros superiores e lesões no tecido subcutâneo, relacionada a trauma mecânico.	<i>Desvio de Saúde</i>
Integridade da pele prejudicada, relacionado a pressão sobre a pele, caracterizada por ferida traumática.	<i>Desvio de Saúde</i>
Alteração da nutrição: risco para menos do que o corpo necessita, relacionado a dieta zero no pré-operatório.	Requisito de Autocuidado Universal

Ansiedade, caracterizado por nervosismo, preocupação, relacionado a mudança de ambiente, expectativa quanto ao tratamento e afastamento de familiares e amigos.	Requisito de Autocuidado Universal
Mobilidade física prejudicada, relacionado a dano músculo-esquelético, caracterizado pela restrição terapêutica aos membros superiores.	Desvio de Saúde
Síndrome do déficit do autocuidado caracterizada por dificuldade para realizar atividades básicas, relacionado a imobilização terapêutica dos membros superiores.	Requisito de Autocuidado Universal
Risco para disfunção neurovascular periférica, relacionado a traumatismo com fratura, a cirurgia ortopédica e imobilização de membros superiores.	Desvio de Saúde
Risco para infecção, relacionado a dispositivos invasivos, como cateter venoso periférico e fios de Kirschner, cirurgia ortopédica.	Desvio de Saúde
Controle eficaz do regime terapêutico, caracterizado pelo desejo de seguir o tratamento recomendado, relacionado ao grau de satisfação com a vida e grau de instrução.	Requisito de Autocuidado Relativo ao Desenvolvimento Humano

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
2º Momento	
Definição do Sistema de Enfermagem	Projeção da Assistência de Enfermagem
Sistema parcialmente compensatório	⇒ Realizar orientações e cuidados pré-operatórios, como permanecer em dieta zero; auxiliar na higiene corporal com clorexidina; após a higiene permanecer em repouso no leito; verificar sinais vitais, peso e altura; questionar sobre alergia a medicações e doenças prévias; administrar pré-anestésico

	<p>prescrito; orientar sobre como será a cirurgia, qual a anestesia aplicada, sobre os dispositivos invasivos que poderão ser utilizados; e responder a questões realizadas;</p> <p>⇒ Administração de medicação conforme prescrição médica e as queixas do cliente;</p> <p>⇒ Observar queixas álgicas;</p> <p>⇒ Orientar familiar/acompanhante para que utilize técnicas de relaxamento;</p> <p>⇒ Observar comprometimento neurovascular, como dor, edema, pele fria, redução da habilidade motora, sensibilidade anormal e preenchimento capilar reduzido;</p> <p>⇒ Trocar curativo em membro superior direito diariamente, mantendo tala axilo-palmar;</p> <p>⇒ Auxiliar nos cuidados de higiene e conforto; no toalete; no vestir-se; no alimentar-se e nas atividades instrumentais;</p> <p>⇒ Observar sinais flogísticos (dor, rubor, calor e secreções) nos locais de inserção do catéter venoso periférico e dos fios de Kirschner.</p>
	<p>⇒ Deixar espaço para indagações sobre possíveis dúvidas;</p> <p>⇒ Orientar para o uso de técnicas que facilite o ato de dormir, como ler um livro;</p> <p>⇒ Estimular movimentações dos dedos dos membros superiores;</p>
Sistema de apoio/educação	<p>⇒ Orientar para a limpeza diária das escoriações;</p> <p>⇒ Observar a presença de sinais flogísticos em escoriações, como dor, rubor, calor e secreções;</p> <p>⇒ Orientar para alta hospitalar, como uso correto da tipóia; movimentação dos dedos dos membros superiores; uso dos medicamentos no domicílio; realização dos curativos em</p>

	membro superior direito nos Centros de Saúde; sobre a consulta de retorno e sobre dúvidas que surgirem no decorrer das conversas.
--	---

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
3º Momento	
Data	Avaliação da Assistência de Enfermagem
20/05/03	Neste primeiro dia de contato, percebemos que Feliz encontra-se atordoado, sem saber exatamente o que tinha lhe acontecido, “atrapalhado” com a imobilização dos dois membros superiores, sem saber como realizar suas atividades diárias. Com acompanhante, que era sua mulher, fomos recordando os fatos ocorridos, conforme os comentários de pessoas presentes no momento do acidente. Ansioso quanto ao tratamento cirúrgico que seria submetido e pela falta da presença dos filhos, que não poderiam entrar, por causa de suas idades, que eram inferiores a dezoito anos. Alguns cuidados foram orientados para que aos poucos, Feliz se adaptasse as suas limitações temporárias, onde sua esposa, sempre presente, o estimulava e auxiliava nestes cuidados. Os membros superiores encontravam-se edemaciados. Feliz relatava dor em flanco esquerdo e em membro superior direito, o membro superior esquerdo não doía mais, pois já estava engessado, proporcionando conforto. Presença de vários hematomas e escoriações pela face.
21/05/03 a 23/05/03	No decorrer da semana, Feliz relatava que as dores estavam aliviando gradativamente. No mesmo ritmo, as escoriações e os hematomas na face e o edema em membros superiores regrediam a cada dia. Todos os dias revisávamos os cuidados que foram orientados no primeiro dia de contato. Percebíamos que ele aceitava as orientações e realizava as atividades sugeridas, como a leitura de livros para auxiliar/facilitar a noite para dormir; as movimentações das áreas livres e os cuidados de higiene e conforto; sempre auxiliado/acompanhado e estimulado por sua esposa.

26/05/03 e 27/05/03	Após o final de semana, encontramos um Feliz ansioso, pois já se passava uma semana e a cirurgia ainda não tinha sido realizada. Às vezes, mostrava-se ligeiramente irritado, em decorrência das várias vezes que sua cirurgia foi cancelada. Mas logo respirava fundo, relaxava e ficava mais tranquilo e esperançoso que a cirurgia ocorresse no dia seguinte. Até mesmo nós acadêmicas, na passagem de plantão, quando víamos que Feliz não tinha realizado a cirurgia, ficávamos constrangidas de ir ao seu quarto/leito, como se estivéssemos devendo alguma coisa para ele, porém, logo ele nos agradecia a atenção e as orientações prestadas. Sempre acompanhado de sua esposa, já não mais existiam hematomas, escoriações e edemas. Estava dormindo bem, suas dores estavam mais amenas. No final da tarde do dia vinte e sete de maio de 2003, Feliz foi submetido a Osteossíntese de rádio e ulna direita, sendo colocado fios de Kirschner.
28/05/03	Logo de manhã, quando chegamos a unidade, Feliz nos recebeu com euforia, apesar das dores fortes que sentia, pois neste dia estava de alta hospitalar. Mas antes, algumas atividades precisavam ser realizadas, como o Raio-X de controle; o curativo em membro superior direito; refazer a tala axilo-palmar a direita e gesso axilo-palmar a esquerda. O Raio-X estava de acordo com esperado, com uma boa redução da fratura. O curativo com presença de secreção sanguinolenta e fios de Kirschner, região edemaciada, dolorido ao toque, pouca força muscular. Após tais atividades, conversamos, juntamente com a acompanhante, durante um longo período sobre os cuidados pós-operatórios, medicações que seriam utilizadas no domicílio, enfim, revisando todas as orientações prestadas durante sua internação.

6.3.1.4 Soneca

Identificação do cliente

Soneca, do sexo masculino, 31 anos, evangélico, solteiro, natural e procedente de Florianópolis/SC, estudou até o segundo ano do segundo grau, é motorista de uma empresa de transportes urbanos de Florianópolis. Não tem filhos, mora com sua mãe e ajuda nas despesas de casa.

Escolhemos o pseudônimo de Soneca para este cliente, porque apesar das queixas de dificuldades para conseguir pegar no sono, a maioria das vezes que íamos ao seu quarto ele estava dormindo, embora toda a movimentação dos acompanhantes, funcionários e alunos no quarto e corredores da unidade.

Admitido na Emergência no Hospital Governador Celso Ramos no dia vinte e um de maio de 2003, às dezenove horas e trinta minutos, vítima de acidente motociclístico. Soneca relatou que estava indo devolver uma fita de vídeo em uma locadora próxima a sua casa, quando repentinamente um automóvel cortou a sua frente, colidindo-se. O motorista do automóvel obrigou-se a parar para prestar socorro ao ver à aglomeração das pessoas que passavam pelo local no momento da colisão. Soneca foi jogado ao chão, caindo em cima de seu cotovelo direito. Em seguida, foi levado a emergência do hospital pelo Corpo de Bombeiros, estando consciente em todo o decorrer do período.

Em virtude do diagnóstico de fratura exposta de cotovelo direito, Soneca foi submetido a Cirurgia de Emergência de Osteossíntese de cotovelo direito, quatro horas após acidente. Às seis horas da manhã seguinte, após a cirurgia, foi encaminhado a Unidade de Ortopedia deste mesmo hospital, permanecendo internado até o dia vinte e seis de maio de 2003.

Aspectos teóricos referentes aos diagnósticos e conduta terapêutica do caso descrito

A flexão e extensão do cotovelo ocorre entre as extremidades inferiores do úmero a as extremidades superiores do rádio e ulna, encaixados pela fossa do olécrano. A ruptura de qualquer uma das articulações radiocubitais superior ou inferior irá limitar os movimentos de rotação, flexão e extensão (TUREK, 1991).

Soneca teve uma fratura exposta do olécrano, ocorrendo rompimento dos tecidos moles. Segundo Adams e Hamblen (1994), geralmente, o olécrano é fraturado em uma queda sobre a ponta do cotovelo. Para conseguir uma redução perfeita e manter a posição com métodos de foco fechado, recomenda-se a cirurgia reparatória.

No caso de Soneca, foi realizada uma osteossíntese, permitindo que a fratura fosse reduzida de maneira precisa sob visão direta, com cuidado para assegurar que a superfície articular fique perfeitamente lisa. A fixação foi realizada através de fios rígidos e curtos de seis centímetros, colocados internamente e verticalmente através da fratura (ADAMS E HAMBLLEN, 1994).

O tratamento necessário depende do grau de estabilidade obtido. O gesso pode ser aplicado com o cotovelo em ângulo reto e com o antebraço em posição intermediária entre pronação e supinação. O gesso deve ser utilizado durante três semanas, após este período, os exercícios para mobilização devem ser iniciados (ADAMS E HAMBLIN, 1994). No caso de Soneca, ele ficou com uma tala axilo plantar, pois necessitava trocar o curativo diariamente.

Na fratura aberta, associada com ferida aberta que se estende da superfície da pele à área do osso lesado, há risco de infecção, osteomielite, gangrena gasosa e tétano. Os objetivos do tratamento são minimizar a chance de infecção da ferida, tecidos moles e osso e promover a cicatrização dos tecidos moles e consolidação óssea (SMELTZER E BARE, 1998).

Percepção e/ou expectativas

O primeiro contato com Soneca foi ao primeiro dia de pós-operatório, três horas após a sua chegada na unidade. Ele estava um pouco sonolento e saiu do leito para o banho após a insistência de sua mãe, dos funcionários e a nossa. Demonstrou-se um pouco irritado com a situação.

No segundo contato, o cliente esteve mais comunicativo, queixou-se de dor nos membros superiores, principalmente no fraturado, na região do pescoço e tórax, além de não ter conseguido dormir bem à noite. Sua angústia é ter que ficar internado e de precisar ficar longe do trabalho por algum tempo. Está consciente de seu diagnóstico e do tratamento.

Nega tabagismo e uso de drogas; alergia a medicamentos e doenças prévias, como Hipertensão e Diabetes Mellitus. Esteve internado em 1992, em virtude de um acidente, onde o seu pé ficou preso no motor de um trator e em 1994, num acidente motociclístico, somente com escoriações.

Problemas relacionados com os requisitos universais de autocuidado

1) Manutenção de ingestão suficiente de ar

Cliente eupneico, sem queixas quanto à respiração, apresentando oscilações entre 18 a 20 mpm, ritmo regular, amplitude de movimento normal.

2) Manutenção da ingestão suficiente de água

Ingesta hídrica adequada, cerca de 2 litros por dia, tem preferência por suco de laranja.

3) Manutenção de ingestão suficiente de alimentos

Em casa alimenta-se bem e tem o costume de comer frutas no intervalo de seu trabalho. Teve dieta livre durante toda a internação, aceitando bem a alimentação oferecida.

4) Provisão de cuidados associados ao processo de eliminação e excreção

Eliminações fisiológicas presentes. Eliminação vesical espontânea de três a quatro vezes por dia, com coloração amarelo citrino. Eliminações intestinais presentes, geralmente uma vez ao dia.

5) Manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso

Cliente refere não ter dificuldades para dormir em sua residência. Durante a internação não conseguiu dormir direito, pois tem preferência em dormir decúbito dorsal e, em virtude da cirurgia, está com o braço direito imobilizado. Além de ter que mudar de posição, tem dificuldades para conseguir pegar no sono, devido a movimentação dos acompanhantes, funcionários e ruídos externos ao quarto.

De vez em quando joga futebol com os amigos, mas prefere andar de bicicleta, geralmente aos finais de semana.

Atualmente, durante a internação, tem uma certa dificuldade para realizar algumas atividades, como no cuidado corporal, higienização, alimentação e vestir-se, devido à imobilização terapêutica do membro superior direito. Nem sempre o braço esquerdo supre estas necessidades, necessitando do auxílio de terceiros.

6) Prevenção de riscos a vida humana, ao funcionamento e bem estar humano

Mucosas íntegras, coradas, hidratadas, com musculatura eutrófica. Extremidades acianóticas, sem comprometimento neurovascular periférico. Presença de ferida cirúrgica limpa, edemaciada, sangrante, com bordos aproximados por sutura na extremidade do cotovelo do braço direito, conseqüente da cirurgia ortopédica, além de várias escoriações em processo de cicatrização favorável em diversas partes dos membros superiores, inferiores e hálux direito.

Possui boa higiene corporal. Necessita de auxílio para proteger o membro superior direito nas atividades de cuidado corporal, devido imobilização terapêutica.

Não apresentou alterações quanto a regulação térmica no período pós-operatório, mantendo-se a temperatura corporal entre 36⁰C e 36⁹C. Sinais vitais estáveis, normotenso (110/60 mmHg) e pulso periférico entre 68 a 80 bpm.

Não refere problemas quanto a percepções visual, auditiva, olfativa, tátil e gustativa. No primeiro dia de contato referiu dor nos membros superiores, principalmente no fraturado, na região do pescoço e tórax. No decorrer da internação, as queixas álgicas restringiram-se ao local da sutura, em membro superior direito durante as trocas de curativo.

Rede venosa bem visível. Esteve com fluidoterapia em membro superior esquerdo, fazendo uso de Kefazol, Tilatil, Antak e Dimorf.

7) Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social

Soneca esteve um pouco irritado no primeiro dia, em seguida manifestou-se estar ansioso, pois tem aversão ao ambiente hospitalar. Disse que a fratura não afetou sua auto-estima e auto-imagem, porém veio atrapalhar um pouco com relação à realização do seu trabalho.

Soneca estava com a sua mãe de acompanhante somente no primeiro dia. Demonstrou respeito, admiração e carinho por ela. Recebeu a visita de algumas amigas durante a internação e relata que não tem namorada no presente momento.

Participava ativamente dos cuidados de enfermagem e da visita médica, seguindo as orientações prestadas. Mostrava-se sempre comunicativo, fazia indagações e comentários pertinentes sobre os cuidados, o diagnóstico, os exames realizados e o tratamento seguido.

Cliente possui uma boa percepção sobre seu diagnóstico, os cuidados e o tratamento, sendo necessária apenas a orientação sobre os cuidados para sua nova e temporária situação física.

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
1º Momento	
Período de 9 de abril a 12 de junho de 2003	
Diagnóstico dos déficits do autocuidado	Classificação dos déficits nos requisitos do autocuidado
Dor caracterizada por comunicação verbal e expressão facial relacionada fratura e ferida operatória.	Desvio de Saúde
Integridade da pele prejudicada caracterizada por lesões no tecido epidérmico e dérmico e ferida cirúrgica, relacionada a pressão sobre a pele e fratura.	Desvio de Saúde
Mobilidade física prejudicada caracterizada por restrições impostas aos movimentos terapêuticos e mecânicos, relacionado ao dano músculo esquelético.	Desvio de Saúde
Distúrbio no padrão do sono caracterizado por queixas de dificuldades para adormecer, relacionado a dor, ambiente diferente do usual e posição de conforto restrita.	Requisito de Autocuidado Universal
Controle eficaz do regime terapêutico individual caracterizado pelo desejo de seguir o tratamento recomendado, relacionado ao grau de satisfação com a vida.	Requisito de Autocuidado Universal

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
2º Momento	
Definição do Sistema de Enfermagem	Projeção da Assistência de Enfermagem
Sistema parcialmente compensatório	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Administrar medicação conforme prescrição médica e as queixas do cliente; ⇒ Observar queixas álgicas; ⇒ Observar presença de sangramentos; ⇒ Auxiliar nos cuidados de higiene e conforto; no toalete; no vestir-se; no alimentar-se e nas atividades instrumentais, conforme as necessidades do cliente; ⇒ Proteger o membro superior direito ao realizar higiene corporal; ⇒ Trocar o curativo da ferida operatória diariamente e avaliar a cor, odor, presença de secreção e deiscência de sutura; ⇒ Retirar a tala gessada somente nas trocas de curativo e recolocá-la ao término do procedimento; ⇒ Manter as escoriações limpas e secas; ⇒ Observar o comprometimento neurovascular como dor, edema, pele fria, redução da habilidade motora, sensibilidade anormal e preenchimento capilar reduzido;
	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Orientar o uso do membro superior esquerdo; ⇒ Manter o braço apoiado na tipóia, manter o membro imobilizado;
Sistema de apoio/educação	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Deixar espaço para indagações sobre possíveis dúvidas; ⇒ Orientar para que o cliente movimente a mão e os dedos do membro imobilizado; ⇒ Orientar para a realização de técnicas que facilitem o hábito

	<p>de dormir, como ler livro, escutar música, ver televisão e outros;</p> <p>⇒ Proporcionar espaço para indagações e esclarecimento de dúvidas;</p> <p>⇒ Administrar a medicação nos horários prescritos;</p> <p>⇒ Acompanhar a evolução da cicatrização das escoriações e ferida em hálux direito;</p> <p>⇒ Trocar o curativo e fazer a retirada de pontos no Centro de Saúde da sua comunidade;</p> <p>⇒ Retornar ao ambulatório de ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos para avaliação médica do caso, ou antes, se houver qualquer intercorrência.</p>
--	--

Processo de Enfermagem Segundo a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	
3º Momento	
Data	Avaliação da Assistência de Enfermagem
22/05/03	<p>Neste primeiro dia de contato, chegamos ao leito do cliente e percebemos que Soneca estava meio cansado, demonstrando-se um pouco irritado com a situação. Indagamos sobre o acidente, a cirurgia e no decorrer da conversa, o cliente estava mais tranquilo e contactuante. Soneca relatou que agradece a Deus pelo acidente não ter deixado seqüelas graves, pois as circunstâncias evidenciavam coisas piores, ele sabe que precisa de um certo tempo para retornar a seu ritmo de vida anterior ao acidente. Este é o primeiro dia de pós-operatório, por isso não foi trocado o curativo da incisão cirúrgica, conforme a rotina da unidade.</p>
23/05/03	<p>Neste dia chegamos para conversar com o cliente, mas ele estava dormindo. Mais tarde retornamos e ele queixou-se que não conseguiu dormir durante a noite, pois o braço direito estava imobilizado e o esquerdo estava com fluidoterapia. Queixou-se de dores na região do pescoço, braços e no local da cirurgia. Foi administrado medicação de horário, protegemos a tala do membro superior direito para que Soneca tomasse banho de aspersão e o ajudamos a transportar o suporte</p>

	<p>de soro até o toalete. Posteriormente, foi trocado o curativo da ferida operatória, que estava edemaciada, sangrante, dolorosa ao toque e mobilização, apresentando cinco pontos com bordas bem aproximadas com coloração avermelhada. Recolocamos a tala gessada e ressaltamos para que o cliente movimentasse a mão e os dedos do braço fraturado e que permanecesse com o braço direito apoiado na tipóia, evitando movimentar o cotovelo direito. Ele havia várias escoriações nas diversas partes do corpo avermelhadas.</p>
26/05/03	<p>Após um final de semana, novamente encontramos Soneca dormindo. Mais tarde retornamos para a assistência e ele estava alegre com a notícia recebida pelo médico que teria alta hospitalar após a realização de Raio-X de controle. Relata que passou bem durante o final de semana, que as dores haviam diminuído. As escoriações nas diversas partes do corpo estavam secas, com processo de cicatrização favorável. A ferida operatória estava limpa, seca, sem sinais de deiscência de sutura e sangramento. Ressaltamos ao cliente para manter o braço imobilizado e continuar a movimentar a mão e os dedos do braço imobilizado. Orientamos o cliente a realizar a troca do curativo e retirada de pontos no Centro de Saúde da sua comunidade, bem como as medicações que deveriam ser administradas em casa. O resultado do Raio-X apresentou uma boa redução da fratura e Soneca foi embora com a consulta de retorno marcada para o dia 10/06/03.</p>

Com a aplicação e a apresentação dos processos de enfermagem baseados na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, podemos confirmar a aplicabilidade desta, nos clientes com problemas ortopédicos, tornando-a exequível na prática, porém o enfermeiro necessita conhecer e assimilar o marco conceitual e a própria estrutura do processo.

O relato desta experiência contempla o terceiro e o quarto objetivos planejados, sendo atingidos plenamente.

6.4 Promovendo uma atividade educativa com os acompanhantes e/ou familiares

Realizamos uma oficina educativa sobre o cuidado biopsicosocial, envolvendo os acompanhantes e/ou familiares de clientes com problemas ortopédicos presentes na unidade no dia dez de junho de 2003, no horário das 13:30 às 15:00 horas, na sala de lanche dos funcionários da Unidade de Ortopedia do Hospital Governados Celso Ramos, conforme planejamento prévio (Apêndice G).

No dia descrito, no período da manhã, passamos em todos os quartos da unidade e convidamos os acompanhantes e/ou familiares dos clientes internados presentes na unidade a participar da atividade. Fizemos uma breve explicação sobre as atividades da oficina, o local e o horário da sua realização.

No horário determinado, passamos novamente nos quartos avisando que a atividade começaria em seguida. Alguns acompanhantes e/ou familiares estavam aguardando serem chamados e outros chegaram voluntariamente na sala, para a realização da atividade.

Além de uma de nossas orientadoras, quatro acompanhantes e/ou familiares do sexo feminino participaram da atividade, sendo que duas estavam na unidade acompanhando os seus respectivos esposos, uma estava acompanhando o seu filho e a quarta estava acompanhando a sua mãe. Todas as presentes já eram nossas conhecidas, dos corredores e quartos da unidade, durante a prática assistencial.

Inicialmente, fizemos novamente uma breve apresentação dos nossos objetivos, de como seria a atividade e esclarecemos aos participantes para que eles se sentissem livres para participar das atividades realizadas.

Começamos com a dinâmica do cochicho, onde as participantes ficaram em dupla, apresentaram-se uma a outra e em seguida, apresentaram-se ao grupo, falando o nome, idade, procedência, profissão, entre outros. Esta atividade teve como objetivo promover uma interação, quebrado o “gelo”, para que todos conhecessem um pouquinho da história de cada um.

Em seguida, colocamos uma música de fundo e pedimos para que todos os participantes se levantassem e caminhassem na sala, com a finalidade de liberar as tensões do corpo, espreguiçando, alongando e movimentando as partes do corpo que sentem tensas ou pesadas. Nós ficamos dando os comandos do alongamento, pedindo para eles erguerem o braço direito, o braço esquerdo, segurassem por trás a perna direita, a perna esquerda, esticassem os braços para frente, para trás, rodassem levemente a cabeça para o lado

direito, para o lado esquerdo, entre outros. Percebemos que tanto a atividade de cochicho, como o alongamento permitiram uma interação maior das acompanhantes, preparando-as para as atividades subseqüentes.

Na próxima etapa, pedimos para todas se sentar e falar sobre a pessoa que eles estavam acompanhando, há quanto tempo estão na unidade, qual a patologia e/ou problema ortopédico do cliente, quanto tempo de internação, quais os sentimentos e expectativas do futuro sobre a situação vivenciada na hospitalização.

Nos depoimentos prestados, todas as presentes demonstravam cansaço e lamentavam sobre a situação que estão vivenciando. Duas participantes tinham uma história de vida semelhante, apresentando afinidade entre elas, compartilhando experiências e trocaram informações sobre o caso clínico dos clientes em que elas estavam acompanhando.

Nossa pretensão inicial foi de discutir sobre os problemas ortopédicos e seus acometimentos, mas a conversa foi direcionada ao assunto “dependência química”, identificada como primordial para a situação, conforme os relatos. Discutimos e orientamos sobre as manifestações e sentimentos da “abstinência química”, vivenciado por duas pessoas presentes, sobre as possibilidades de tratamento e sobre os grupos de ajuda que existem para estes casos.

Com exceção de uma participante, que estava aguardando a ambulância da sua cidade vim buscar ela e seu filho, as outras três participantes estavam na unidade há semanas e não tinham perspectiva sobre a data da alta hospitalar. Todas tiveram experiências anteriores de internação, relataram que gostaram do atendimento da equipe de enfermagem e que esta assistência melhorou nos últimos anos.

Pedimos para todas verbalizarem uma palavra ou frase positiva para o grupo, sendo que as palavras força e coragem prevaleceram. Oferecemos um balão a todos os participantes, pedimos para que todos enchessem-no, colocando todos os sentimentos negativos e tensões que eles estão sentindo neste momento.

Colocamos uma música de fundo, pedimos para todas se levar e dar as mãos. Lemos uma mensagem de otimismo (Anexo 7) e pedimos para as participantes fazerem uma avaliação verbal do encontro. Todas relataram que gostaram do momento, pois a necessidade de estarem presentes continuamente na unidade é rotineiro e desgastante. Estas atividades servem de estímulo aos enfrentamentos vivenciados.

As acompanhantes participaram de todas as atividades propostas e como fechamento, agradecemos a colaboração e participação de todas e distribuimos uma lembrança do encontro: um chocolate com uma frase de esperança (Anexo 7).

A realização desta atividade atingiu os objetivos propostos pelo projeto assistencial, no que se refere a presença e a importância do acompanhante e/ou familiar no cuidado aos clientes. Acharmos que atividades como esta deveriam ser implantadas como rotina, em todas as instituições, pois a presença e a valorização do acompanhante e/ou familiar contribui para o tratamento e reabilitação dos clientes.

6.5 Promovendo atividade educativa com a equipe de enfermagem

Este foi um objetivo não planejado no início do projeto, mas sentimos a necessidade de incluí-lo com o desenvolvimento das atividades práticas.

A finalidade desta atividade foi discutir sobre a importância e as vantagens da interação e o trabalho em equipe, fechamento das atividades práticas, nossa despedida da Unidade e avaliação das atividades desenvolvidas durante a Prática Assistencial pela equipe de enfermagem.

Realizamos esta atividade no dia quinze de junho de 2003, no horário das 15:30 às 16:30, na sala de lanche dos funcionários da unidade. Esta data e horário foram escolhidos conforme sugestões de nossas supervisoras, a fim de não atrasar e prejudicar a assistência de enfermagem aos clientes da unidade.

Nesta data, estavam presentes quatro funcionários da equipe de enfermagem; a enfermeira da Unidade de Neurologia que estava de plantão, em esquema de supervisão desta unidade; uma de nossas supervisoras e orientadoras, respectivamente. Convidamos os funcionários de plantão na unidade para se reunirem na sala de lanche. Explicamos que a proposta faz parte de um novo objetivo do Projeto Assistencial, conhecido por eles desde o início das atividades práticas. Esclarecemos a todos os presentes para que eles se sentissem livres para participar das atividades propostas, conforme o planejamento prévio (Apêndice H).

Como proposta inicial, a fim de resgatar e apresentar ao grupo um pouco da personalidade de cada um, pedimos para que eles completassem as seguintes frases: se eu

fosse um bicho seria..., se eu fosse uma flor eu seria..., mas eu sou... em seguida cada um fala um pouco de si e porque escolheu tal bicho e tal flor. Foram citadas os seguintes bichos: pássaro, gato e as seguintes flores: orquídeas, tulipa e violeta.

Em seguida colocamos uma música de fundo e pedimos para que todos os participantes se levantassem e caminhassem na sala, com a finalidade de liberar as tensões do corpo, espreguiçando, alongando e movimentando as partes do corpo que sentem tensas ou pesadas. Nós ficamos dando os comandos do alongamento, pedindo para eles erguerem o braço direito, o braço esquerdo, segurassem por trás a perna direita, a perna esquerda, esticassem os braços para frente, para trás, rodassem levemente a cabeça para o lado direito, para o lado esquerdo, entre outros.

Posteriormente, delimitamos dois quadrados pequenos do chão, pedimos para que um dos integrantes ficasse de lado e os outros entrarem nos quadrados. A pessoa que ficou de lado tinha que tentar entrar no quadrado, juntamente com os seus colegas, não sendo permitindo pisar na linha. Em seguida eles falam como se sentiram dentro do quadrado e a pessoa que ficou tentando entrar no grupo falasse qual o sentimento referente à situação, esta pessoa citou que se sentiu mal e excluída da brincadeira.

Em seguida falamos sobre a dinâmica, sobre a entrada de um novo membro na equipe e pedimos para que todos fazer um depoimento de como foi à entrada e há quanto tempo estão na unidade. Todos lembraram a sua história e compartilharam com os colegas a situação vivenciada. Observamos que a maioria das dificuldades vivenciadas foram referentes a ambientalização com as normas e rotinas da unidade e que a receptividade dos funcionários antigos foi boa. Em seguida, paramos momentaneamente a atividade para que eles administrassem a medicação dos clientes internados na unidade.

Mais tarde, após o retorno de todos, solicitamos que manifestassem sua opinião acerca da importância do trabalho em equipe e o que pode ser feito para melhorar e contribuir para fortalecer esta equipe. Foram citados que o companheirismo, a ajuda mútua, o respeito e o comprometimento profissional com a enfermagem são fundamentais para um trabalho em equipe efetivo e comprometido com o ser humano.

Posteriormente, entregamos uma ficha de avaliação (Apêndice I) e pedimos que, em dupla, eles escrevessem os aspectos positivos e negativos das acadêmicas de enfermagem, diante das suas percepções, sobre a atuação profissional, interação com a equipe e a interação com os clientes.

Nos aspectos positivos referentes a nossa atuação profissional, citaram que fomos “receptivas, ótimas e que cumprimos as obrigações com pontualidade, coerência e responsabilidade”, descrevendo a timidez como ponto negativo. Referente a interação com a equipe, como ponto positivo foi salientado que “fomos excelentes, compreensivas e que mantivemos um ambiente amigável e compartilhando experiências”, descrevendo a apreensão como um aspecto negativo. Relacionado a nossa interação com os clientes, foi exposto que nos acharam “humanas, dedicadas e que conseguimos manter contato com os clientes com problemas ortopédicos”, destacando a insegurança como ponto negativo no início do estágio.

Achamos que esta interação estabelecida com a equipe foi imprescindível para o desenvolvimento da prática assistencial. Todos os questionamentos, idéias e sugestões contribuíram para o nosso crescimento profissional.

Em seguida colocamos uma música de fundo e lemos uma mensagem de otimismo (Anexo 8) e pedimos para todos uma avaliação verbal do encontro e para citarem uma palavra ou frase positiva para o grupo. Todos expressaram satisfação com o encontro e foram colocadas as seguintes palavras ao grupo: força, coragem, amor, comprometimento e humanização.

Avaliamos que este objetivo foi alcançado com sucesso. Achamos que tudo o que foi exposto e discutido favoreceu as relações da equipe de enfermagem e serviu de reflexão pessoal sobre as ações e atitudes adotadas no campo profissional.

"Evitemos a morte em suaves porções,
Recordando sempre que estar vivo exige
Um esforço muito maior que o simples ar que respiramos
Somente com infinita paciência
Conseguiremos a verdadeira felicidade".

(Pablo Neruda)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao escrevermos este capítulo, uma parte de nossos sonhos se concretiza e outra parte emerge de forma avassaladora, diante do vasto campo profissional que a enfermagem nos proporciona. Neste momento, estamos na expectativa perante o futuro, de traçar novos objetivos, concretizar novos sonhos, descobrir novos caminhos, buscando a realização pessoal e satisfação profissional. Salientamos que a construção e implementação deste Trabalho de Conclusão de Curso fez vivenciarmos diversas experiências, as quais ficarão registradas como uma etapa de vida concretizada, que constitui o guiar de nosso futuro profissional.

O desenvolvimento das atividades práticas, guiadas pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem foi desafiador, porém, mais acessível do que imaginávamos. As conversas, estímulos, idéias e sugestões dos clientes, das enfermeiras supervisoras, da equipe de enfermagem da unidade de Ortopedia e de nossas docentes orientadoras foram fundamentais para o desenvolvimento do mesmo.

Segundo Miranda *apud* Schier (2001), as ações de enfermagem não devem ser um prolongamento da ação médico, mas um cuidado que “consiste em fazer pelos doentes o que eles fariam se tivessem para isso a força, a vontade e o saber”, numa relação personalizada e de parceria. No decorrer das atividades práticas, percebemos que muitas ações do dia-a-dia do enfermeiro e da sua equipe se encaixam nos pressupostos do

autocuidado, porém, sem uma metodologia registrada, sendo que a valorização do ser humano como ser biopsicosocial é imprescindível para tal fato.

O desenvolvimento dos objetivos propostos pelo Projeto Assistencial foi diferente e instigante, afinal nós os estabelecemos, quando até então, os objetivos sempre eram estabelecidos pelos docentes. Conseguimos realizá-los dentro do prazo previsto, sendo que o mais desafiante foi a aplicação do processo de Enfermagem de Dorothea Orem, exatamente pela necessidade de conhecer o universo de valores de cada cliente. Destinamos um tempo maior para a realização desta interação e avaliação dos potenciais de cada um, prestando apoio e educação quando julgado necessário, conforme as necessidades apresentadas pelo cliente, acompanhante e/ou familiar.

Conhecemos duas instituições de referência em atendimento a clientes com problemas ortopédicos na Grande Florianópolis, o Hospital Florianópolis e o Hospital Regional de São José. Observamos que o tratamento e os recursos utilizados são comuns nas três instituições (Hospital Florianópolis, Hospital Regional de São José e Hospital Governador Celso Ramos) e constatamos que os clientes com traumatismo raqui-medular da região são todos encaminhados ao Hospital Governador Celso Ramos, sendo este referência para o tratamento e reabilitação destas ocorrências. Estas visitas e o aprofundamento teórico a cerca da temática facilitou a realização das atividades práticas. Destacamos que a metodologia de assistência da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem é exequível e aplicável, pois a intenção da teórica é resgatar e valorizar as potencialidades de cada ser humano, de modo efetivo e holístico, se adequando a assistência que vivenciamos.

Consideramos que a atividade educativa realizada com os acompanhantes dos clientes foi bem-sucedida. A avaliação verbal dos presentes foi positiva e gratificante. O momento proporcionado foi descontraído, favoreceu a troca de experiências, a ambientalização de todos com a unidade e entre eles mesmos.

Em todos os momentos buscamos respeito por nossa atuação. Nos sentimos acolhidas pela equipe multiprofissional da unidade de Ortopedia, embora nosso espaço tenha sido conquistado aos poucos e com apoio de nossas supervisoras. No início, elas acompanharam as nossas atividades práticas e no decorrer dos dias passamos a assumir ações delegadas por elas, gerando oportunidade, confiança e segurança para promover a assistência de Enfermagem. Em virtude deste acolhimento, optamos por realizar atividade

educativa com a equipe de enfermagem, com o intuito de proporcionar um momento de descontração e aumentar a interação entre todos os presentes.

Estamos conscientes de que esta foi apenas a primeira, das muitas jornadas que a vida nos reserva, pois interagir com o ser humano é sempre uma surpresa; diante da integralidade de cada um, mergulhamos num universo de valores. As nossas pretensões foram de fortalecer a autonomia e confiança dos clientes, acompanhantes e/ou familiares realizando o seu próprio autocuidado, diferenciadamente, valorizando a capacidade, o conhecimento e respeitando os limites de cada indivíduo. No caminho desta realização, encontramos vários obstáculos, mas fomos felizes e tentamos afasta-los, um a um, gradativamente.

"Você pode sonhar, criar, desenhar e construir o lugar mais maravilhoso do mundo ... Mas é necessário ter pessoas para transformar seu sonho em realidade".

(Walt Disney)

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMS, J.C.; HAMBLIN, D.L. **Manual de Fraturas**. 10.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1994. 309p.

ARRUDA, A.L.G. de. **O enfermeiro na educação de adultos em pré-operatório: Uma abordagem andragógica**. Cuiabá, 1999. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. 102p.

BARROS FILHO, T.E.P. de; BASILE JÚNIOR, R. **Coluna Vertebral: diagnóstico e tratamento das principais patologias**. São Paulo: Sarvier, 1995.293p.

BASTOS, D.S. **Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado**. Florianópolis, 2002. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. 123p.

BENEDET, S.A.; BUB, M.B.C. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: Bernúncia, 2001. 209p.

BEYERS, M.; DUDAS, S. **Enfermagem Médica-Cirúrgica: Tratado de prática clínica**. v.4. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BOEHS, A.E. **Introdução de compreensão do conceito de família**. 09/09/2001. Notas de aula.

BRAY, T.J. **Técnicas em Fixação de Fraturas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

CARVALHO JUNIOR, D.C. de. **Aproximando-se de momentos de urgência/emergência através da assistência de enfermagem em serviço de atendimento pré-hospitalar.** Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação de Enfermagem, UFSC. 211p.

COLAÇO, B.; SANTOS, F. **Colorindo o autocuidado: uma alternativa para crianças/famílias que vivenciam o problema ortopédico.** Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação de Enfermagem, UFSC. 148p.

DONAHOO, C.A.; DIMON, J.H. **Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia.** São Paulo: EPU/EDUSP, 1979. 288p.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P.; Dorothea E. Orem, In: GEORGE, J.B. **Teorias de Enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.90-107.

GAMA D'EÇA, C.; CANELLA, C.P. **A enfermagem ajudando a vítima de acidente e sua família fundamentada na Teoria da Relação Interpessoal.** Florianópolis, 2003. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação de Enfermagem, UFSC. 153p.

GAUTHIER, J.H.M.; et al. **Pesquisa em Enfermagem: Novas Metodologias Aplicadas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998, 302p.

GOLDENBERG, J. **Portal Coluna: Traumatismo de coluna.** Disponível em <<http://www.portalcoluna.com.br>>. Acessado em 29/05/2003.

GUIMARÃES, A.L.A. **Implementação do Marco Conceitual de Dorothea Orem na assistência a indivíduo em diálise peritonial ambulatorial contínua.** Florianópolis, 1989. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. 301p.

GUIZZO, J.G.C. **O corpo humano: Atlas visuais.** Rio de Janeiro: Ática, 1995. 60p.

LEOPARDI, M.T. **Teorias de Enfermagem.** Florianópolis: Papa Livros, 1999. p.74-80.

MARTINS, P.P.S. **Assistência de Enfermagem às vítimas de traumas no serviço de emergência do Hospital Regional de São José “Doutor Homero de Miranda Gomes”.** Florianópolis, 2001. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação de Enfermagem, UFSC. 152p.

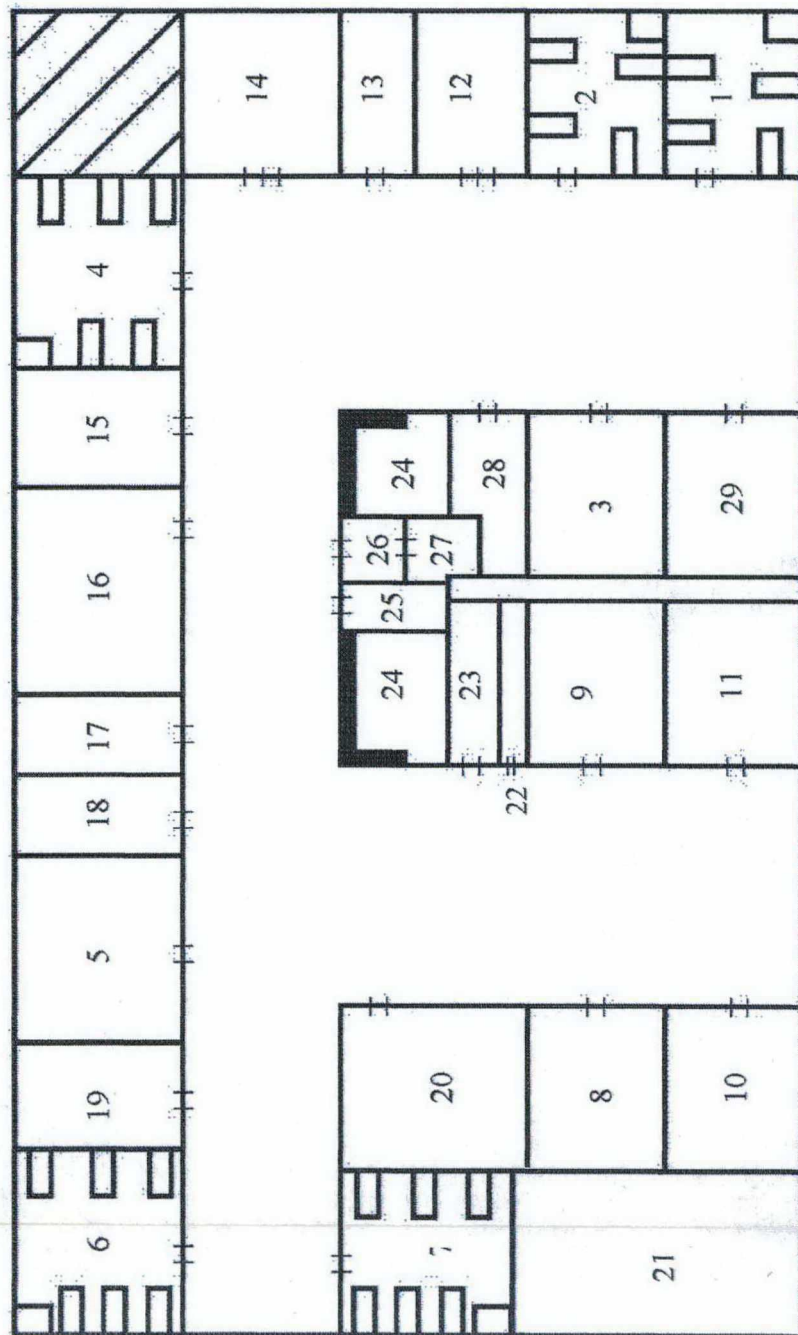
NASCIMENTO, K.C.; et al. **Cuidado transpessoal a seres humanos em situação de emergência/urgência.** Florianópolis, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Graduação de Enfermagem, UFSC. 193p.

- OREM, D.E. **Nursing: Concepts of practice**. 3.ed. New York: McGraw-Hill, 1985. 303p.
- PRADO, L.P.; GELBCKE, F.L. (org) **Fundamentos de Enfermagem**. 2.ed. Florianópolis: UFSC/CCS, 2002. 350p.
- RABELO, S.E. **A ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado**. Florianópolis, 2000. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. 91p.
- ROCHA JÚNIOR, P.N. **Corpo Humano: Sistema ósseo**. Disponível em <<http://www.corpohumano.hpg.ig.com.br>>. Acessado em 20/03/2003.
- SANTOS, E.K. dos. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na Teoria do Autocuidado de Orem**. Florianópolis, 1991. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. 320p.
- SCHIER, J. **"Grupo Aqui e Agora": Uma ação educativa de enfermagem para o autocuidado com o idoso hospitalizado e seu familiar/acompanhante**. Florianópolis, 2001. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. 190p.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8.ed. v.2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. p.1563-1666.
- TRENTINI, M., PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.162p.
- TUREK, S.L. **Ortopedia**. 4.ed. São Paulo: Manole, 1991. 1929p.
- WERNECK, A.L.; BRAGA, C.P.F.; WERNECK, W.L. **SOBOTTA: Atlas de Anatomia Humana**. 20.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1995. 1944p.

APÊNDICES

APÊNDICE A

MAPA DA UNIDADE DE ORTOPEdia DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS



- | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1 - Enfermaria 1 | 2 - Enfermaria 2 | 3 - Enfermaria 3 - Inativa | 4 - Enfermaria 4 | 5 - Enfermaria 5 - Inativa |
| 6 - Enfermaria 6 | 7 - Enfermaria 7 | 8 - Enfermaria 8 - Inativa | 9 - Enfermaria 9 - Inativa | 10 - Enfermaria 10 - Inativa |
| 11 - Enfermaria 11 - Inativa | 12 - Corredor de Saída | 13 - Expurgo | 14 - Ambulatório de Ortopedia | 15 - Sala de Enfermagem |
| 16 - Sala de Prescrição Médica | 17 - Rouparia | 18 - Sala de Materiais | 19 - Sala da Clínica Médica | 20 - Serviço de Ortopedia |
| 21 - Área Livre | 22 - Banheiro dos Funcionários | 23 - Sala de Materiais Ortopédicos | 24 - Posto de Enfermagem | 25 - Copa |
| 26 - Vestiário dos Funcionários | 27 - Sala de Lanche dos Funcionários | 28 - Serviço de Psicologia | 29 - Sala de Fisioterapia | |

APÊNDICE B

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS PARA CONSTRUÇÃO DO PERFIL DO CLIENTE INTERNADO NA UNIDADE DE ORTOPEDIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS

[illegible]

APÊNDICE D

OFÍCIOS PARA AS INSTITUIÇÕES

Da: Coordenadora da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Para: Educação continuada do Hospital Florianópolis

Exmo. Sr (a),

O Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina é desenvolvido ao longo de 8 semestres acadêmicos, durante os quais, os alunos são submetidos a diferentes experiências no campo profissional, a fim de adquirir formação necessária ao seu futuro desempenho profissional.

Na última fase do curso (8ª fase), o aluno realiza um estágio curricular obrigatório no qual, em contato direto com o ambiente profissional, desenvolve atividades programadas, orientadas e avaliadas, ligadas à sua formação profissional propiciando ampliação, aquisição e/ou revisão do conhecimento teórico-prático. Tal estágio é executado na disciplina Enfermagem Assistência Aplicada, com carga horária de 306 horas, das quais 220 são de exercício prático e 86 horas destinadas a elaboração do relatório final.

Neste semestre os seguintes alunos: Analise Celso e Milena Pereira, estão realizando o estágio acima mencionado, na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos, na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina.

Com o intuito de desenvolver assistência de enfermagem ao cliente com problema ortopédico, estes alunos pretendem ampliar seus conhecimentos nesta temática e, entre outras estratégias desejam visitar, o Hospital Florianópolis, nesta cidade. Durante esta, que terá duração de 1 dia, almejam conhecer os serviços e assistência prestada ao cliente com problema ortopédico pela equipe de Enfermagem e a equipe multidisciplinar. Solicito a visita, se possível, no dia 13 de maio, com horário a combinar. Aguardamos resposta.

Atenciosamente,

Da: Coordenadora da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Para: Gerente de Enfermagem do Hospital Regional de São José

Exmo. Sr. (a),

O Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina é desenvolvido ao longo de 8 semestres acadêmicos, durante os quais, os alunos são submetidos a diferentes experiências no campo profissional, a fim de adquirir formação necessária ao seu futuro desempenho profissional.

Na última fase do curso (8ª fase), o aluno realiza um estágio curricular obrigatório no qual, em contato direto com o ambiente profissional, desenvolve atividades programadas, orientadas e avaliadas, ligadas à sua formação profissional propiciando ampliação, aquisição e/ou revisão do conhecimento teórico-prático. Tal estágio é executado na disciplina Enfermagem Assistência Aplicada, com carga horária de 306 horas, das quais 220 são de exercício prático e 86 horas destinadas a elaboração do relatório final.

Neste semestre os seguintes alunos: Analise Celso e Milena Pereira, estão realizando o estágio acima mencionado, na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos, na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina.

Com o intuito de desenvolver assistência de enfermagem ao cliente com problema ortopédico, estes alunos pretendem ampliar seus conhecimentos nesta temática e, entre outras estratégias desejam visitar, o Hospital Regional de São José, nesta cidade. Durante esta, que terá duração de 1 dia, almejam conhecer os serviços e assistência prestada ao cliente com problema ortopédico pela equipe de Enfermagem e a equipe multidisciplinar. Solicito a visita, se possível, no dia 14 de maio, com horário a combinar. Aguardamos resposta.

Atenciosamente,

Coordenadora da 8ª Unidade Curricular da UFSC

Da: Coordenadora da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC

Para: Gerente de Enfermagem do Hospital Universitário Cajuru

Exmo. Sra,

O Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina é desenvolvido ao longo de 8 semestres acadêmicos, durante os quais, os alunos são submetidos a diferentes experiências no campo profissional, a fim de adquirir formação necessária ao seu futuro desempenho profissional.

Na última fase do curso (8ª fase), o aluno realiza um estágio curricular obrigatório no qual, em contato direto com o ambiente profissional, desenvolve atividades programadas, orientadas e avaliadas, ligadas à sua formação profissional propiciando ampliação, aquisição e/ou revisão do conhecimento teórico-prático. Tal estágio é executado na disciplina Enfermagem Assistência Aplicada, com carga horária de 306 horas, das quais 220 são de exercício prático e 86 horas destinadas a elaboração do relatório final.

Neste semestre os seguintes alunos: Analise Celso e Milena Pereira, estão realizando o estágio acima mencionado, na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos, na cidade de Florianópolis, em Santa Catarina.

Com o intuito de desenvolver assistência de enfermagem ao cliente com problema ortopédico, estes alunos pretendem ampliar seus conhecimentos nesta temática e, entre outras estratégias desejam visitar, na cidade de Curitiba, o Hospital Universitário Cajuru. Durante esta, que terá duração de 1 dia, almejam conhecer os serviços e assistência prestada ao cliente com problema ortopédico pela equipe de Enfermagem e a equipe multidisciplinar. Solicito a visita, se possível, no dia 15 de maio, com horário a combinar. Aguardamos resposta.

Atenciosamente,

Coordenadora da 8ª Unidade Curricular da UFSC

APÊNDICE E

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ anos

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo Número de filhos: _____

Naturalidade: _____ Procedência: _____

Religião: _____ Profissão: _____

Grau de Instrução: () Analfabeto () 1º Grau incompleto () 1º Grau Completo
() 2º Grau incompleto () 2º Grau completo () 3º Grau incompleto
() 3º Grau completo () Pós-Graduação

Data e hora da chegada no Setor: ____/____/____ - ____:____ horas

Encaminhado: () Ambulatório () Emergência
() Transferência interna () Transferência externa

ASPECTOS TEÓRICOS REFERENTES AOS DIAGNÓSTICOS E CONDUTA TERAPÊUTICA DO CASO DESCRITO

PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVAS

Queixas principais: _____

Medos/Angustias: _____

Fumante: () Sim () Não Quantos cigarros por dia: _____

Uso de Álcool: () Sim () Não Frequência: _____

Uso de Drogas: () Sim () Não Frequência: _____

Conhecimento sobre a sua doença atual: () Adequada () Parcial () Inadequada
() Necessita de Educação para Saúde

Internações anteriores: () Sim () Não Número de internações: _____

Local: _____ Causa: _____ Data: _____

PROBLEMAS RELACIONADOS COM OS REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO

- 1) Manutenção de ingestão suficiente de ar
- 2) Manutenção da ingestão suficiente de água
- 3) Manutenção de ingestão suficiente de alimentos
- 4) Provisão de cuidados associados ao processo de eliminação e excreção
- 5) Manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso
- 6) Prevenção de riscos a vida humana, ao funcionamento e bem estar humano
- 7) Manutenção de um equilíbrio entre solidão e interação social

AValiação DO POTENCIAL DO CLIENTE PARA DESENVOLVER AÇÕES DO AUTOCUIDADO

- ✓ Quais são as exigências de cuidados terapêuticos do paciente? Atualmente? E futuramente?
- ✓ O paciente possui alguma deficiência para comprometer atividades de autocuidado, de modo a satisfazer a demanda de autocuidado?
- ✓ Em caso afirmativo, de que natureza é a deficiência e quais as razões de sua existência?
- ✓ O paciente deve ser auxiliado a evitar engajar-se em atividades de autocuidado, ou a proteger capacidades de autocuidado já desenvolvidas, para propósitos terapêuticos?
- ✓ Qual é o potencial do cliente para engajar-se em atividades de autocuidado, num período de tempo ainda por vir? O de ampliar ou aprofundar conhecimentos a cerca de autocuidado? O de aprender técnicas de autocuidado? O de estimular o desejo de engajar-se em atividades de autocuidado? O de incorporar, de modo eficaz e sólido, medidas básicas de autocuidado (inclusive novas), aos sistemas de autocuidado e vida cotidiana?

APÊNDICE F

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de nosso conhecimento que as acadêmicas **Analise Celso e Milena Pereira** cursam a 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e estão desenvolvendo um estudo com clientes e acompanhantes e/ou familiares internados na Unidade de Ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos.

Sua proposta de estudo consiste, principalmente, em desenvolver a Assistência de Enfermagem, juntamente com a equipe multidisciplinar, a clientes com problemas ortopédicos, acompanhantes e/ou família, guiadas pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Concordamos em participar de forma livre e espontânea da proposta de estudo, podendo desistir a qualquer momento, assim como de ter garantido (a) o anonimato.

Autorizamos, ainda que os dados obtidos sejam utilizados no referido estudo. Assim como, esporádicas imagens fotográficas, quando julgadas necessárias.

Assinatura do (a) Cliente

Assinatura do (a) Acompanhante/Familiar

Florianópolis, ____ de _____ de 2003.

APÊNDICE G

PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA COM OS ACOMPANHANTES

Esta atividade é uma ação complementar aos objetivos do Projeto Assistencial desenvolvido pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como objetivos:

Objetivo geral:

- ⇒ Promover uma oficina educativa com acompanhantes e/ou familiares de clientes com problemas ortopédicos presentes na unidade, acerca do cuidado biopsicosocial.

Objetivos específicos:

- ⇒ Realizar atividade lúdica que estimule a participação dos presentes, compartilhando dúvidas, ansiedades e preconceitos, entre outros, no desenvolver do processo de cuidar.
- ⇒ Discutir sobre a importância do acompanhante e/ou familiar para a reabilitação do cliente.
- ⇒ Levantar as principais ações de autocuidado necessárias aos clientes internados, a partir da percepção do acompanhante e/ou familiar.
- ⇒ Solicitar que os participantes da oficina educativa avaliem verbalmente o encontro.

Pretendemos desenvolver esta atividade no dia dez de junho de 2003, no horário das 13:30 às 15:00 horas, aproximadamente, na Sala de Lanche dos funcionários da Unidade de Ortopedia do Hospital Governados Celso Ramos.

Material Utilizado

- ⇒ Aparelho de som;
- ⇒ CDs;
- ⇒ Balões;
- ⇒ Mensagem de otimismo
- ⇒ Chocolates

⇒ Frases de esperança

Metodologia

- ⇒ Convidar todos os acompanhantes dos clientes internados na unidade a participarem da atividade educativa;
- ⇒ Reunir os acompanhantes em círculo na sala de lanche da unidade;
- ⇒ Apresentação das acadêmicas – Descrever os objetivos da atividade, explicando que a proposta faz parte dos objetivos do Projeto Assistencial de 8ª fase curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Esclarecer a todos os participantes que eles se sintam livres para se evadir do local se acharem necessário ou se não gostarem das atividades propostas;
- ⇒ Dinâmica do cochicho – Pedir que os participantes fiquem em dupla, se apresentem um ao outro, dizendo nome, idade, procedência, profissão; em seguida, um apresenta o outro para o grande grupo, para que todos se conheçam;
- ⇒ Dinâmica de relaxamento – Colocar uma música de fundo e pedir para que todos os participantes levanten e caminhem na sala liberando as tensões do corpo, espreguiçando, alongando e movimentando as partes do corpo que sentem tensas. O animador da dinâmica dará os comandos para que eles façam um alongamento, como erguer o braço direito, o braço esquerdo, segurar por trás a perna direita, a perna esquerda, esticar os braços para frente, para trás, rodar levemente a cabeça para o lado direito, para o lado esquerdo, chacoalhar os braços, as pernas, entre outros exercícios;
- ⇒ Levantamento da situação – Pedir para que todos se sentem, falem quem é a pessoa que eles estão acompanhando, há quanto tempo estão na unidade, qual é o problema ortopédico do cliente, quanto tempo de internação, quais os sentimentos e expectativas sobre futuro da situação vivenciada na hospitalização;
- ⇒ Discussão geral sobre os sentimentos mais comuns descritos verbalmente, esclarecimento de dúvidas sobre os problemas ortopédicos e ressaltar a importância do acompanhante para a reabilitação do cliente internado;
- ⇒ Estimular para que todos forneçam sugestões e dicas aos companheiros do grupo para saber enfrentar as dificuldades;

- ⇒ Dinâmica de fechamento – Oferecer um balão a todos os participantes, pedir para que todos encham e coloquem dentro todos os sentimentos negativos e tensões que eles estão sentindo neste momento, segurando cheio sem dar o nó, após soltá-lo para que esvazie o balão no ambiente;
- ⇒ Colocar uma música de fundo, pedir para que todos se levantem e se dêem as mãos. Uma acadêmica lê uma mensagem de otimismo e, posteriormente, pede para que todos façam a doação de uma palavra ou frase positiva para o grupo;
- ⇒ Pedir para que as participantes façam uma avaliação verbal do encontro;
- ⇒ Agradecimentos;
- ⇒ Distribuição de uma lembrança do encontro – Um chocolate com uma frase de esperança.

APÊNDICE H

ATIVIDADE EDUCATIVA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Esta atividade não foi uma ação proposta pelo Projeto, no entanto, destacamos que é um novo objetivo do Projeto Assistencial desenvolvido pelas acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Optamos em realizá-la com o intuito de proporcionar um momento de descontração e interação da equipe de enfermagem presente na Unidade na data proposta para atividade.

O objetivo geral da atividade é promover uma oficina educativa com alguns funcionários da equipe de enfermagem da Unidade de Ortopedia com a finalidade de discutir sobre a importância e as vantagens da interação e trabalho em equipe, despedida das acadêmicas da Unidade e avaliação das atividades desenvolvidas durante a Prática Assistencial.

Material Utilizado

- ⇒ Aparelho de som;
- ⇒ CDs;
- ⇒ Giz;
- ⇒ Rolo de linha;
- ⇒ Folha de avaliação;
- ⇒ Mensagem de otimismo;
- ⇒ Refrigerante;
- ⇒ Salgadinhos;
- ⇒ Guardanapos;
- ⇒ Copos.

Metodologia

- ⇒ Convidar todos os funcionários da unidade a participarem da atividade educativa;
- ⇒ Reunir os funcionários em círculo na sala de lanche da unidade;
- ⇒ Apresentação das acadêmicas – Explicar que a proposta faz parte dos objetivos do Projeto Assistencial de 8ª fase curricular do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Esclarecer a todos os participantes que eles se sintam livres para se evadir do local se acharem necessário ou se não gostarem das atividades propostas;

- ⇒ Apresentação do grupo – “*Se eu fosse um bicho seria..., se eu fosse uma flor eu seria..., mas eu sou...*”. Posteriormente, cada um fala um pouco de si e porque escolheu tal bicho e tal flor;
- ⇒ Dinâmica de relaxamento – Colocar uma música de fundo e pedir para que todos os participantes levantem e caminhem na sala liberando as tensões do corpo, espreguiçando, alongando e movimentando as partes do corpo que sentem tensas. O animador da dinâmica dará os comandos para que eles façam um alongamento, como erguer o braço direito, o braço esquerdo, segurar por trás a perna direita, a perna esquerda, esticar os braços para frente, para trás, rodar levemente a cabeça para o lado direito, para o lado esquerdo, chacoalhar os braços, as pernas, entre outros exercícios;
- ⇒ Técnica da roda – Fazer um círculo no chão, pedir para que dois dos integrantes fiquem de lado e os outros entrem no círculo de giz. As pessoas que ficaram de lado têm que tentar entrar no círculo e em seguida falam como se sentiram fora do círculo, tentando entrar no grupo. As acadêmicas fazem uma reflexão sobre a dinâmica, sobre a entrada de um novo membro na equipe. Pedir para que todos façam um depoimento de como foi à entrada deles na unidade, em seguida, as acadêmicas falam as suas percepções sobre a inserção delas na equipe;
- ⇒ Técnica da rede – Um joga o rolo de linha para o outro, segura uma ponta e fala sobre a importância do trabalho em equipe. Para desfazer a teia, cada um fala o que pode ser feito para melhorar e contribuir para fortalecer a equipe. As acadêmicas complementam, fazendo uma reflexão sobre as vantagens do trabalho em equipe e a sua importância para a assistência de enfermagem e para a satisfação pessoal de cada um;
- ⇒ Avaliação das alunas pela equipe - Distribuir uma folha de avaliação aos presentes (modelo no final do texto). Em dupla pedir para que eles escrevam os aspectos positivos e negativos das acadêmicas de enfermagem, diante das suas percepções, sobre a atuação profissional, interação com a equipe e a interação com os clientes;
- ⇒ Exposição da percepção das acadêmicas sobre o trabalho na unidade;
- ⇒ Colocar uma música de fundo, pedir para que todos levantem-se e se dêem as mãos. Uma acadêmica lê uma mensagem de otimismo, em seguida pede para que todos façam a doação de uma palavra ou frase positiva para o grupo;
- ⇒ Agradecimentos;
- ⇒ Lanche comunitário

APÊNDICE I

AVALIAÇÃO DAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM FEITA PELOS FUNCIONÁRIOS DA UNIDADE			
PERCEPÇÃO SOBRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL	PERCEPÇÃO SOBRE A INTERAÇÃO COM A EQUIPE	PERCEPÇÃO SOBRE A INTERAÇÃO COM OS CLIENTES	
ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS POSITIVOS	
ASPECTOS NEGATIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS	

ANEXOS

ANEXO 1

ORGANOGRAMA DO HOSPITAL

GOVERNADOR CELSO RAMOS

DIREÇÃO GERAL

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

COORDENADOR DO CORPO CLÍNICO

COMISSÃO DE
CREDENCIAMENTOS

SEÇÃO DE SECRETARIA

ASSISTENTE IV

ASSISTENTE III

CENTRO DE ESTUDOS

SEÇÃO DE C.I.H. (1)

ASSISTENTE II

GERÊNCIA DE ADMINISTRAÇÃO

Divisão Administrativa Financeira

Sector de Custos

Seção de Faturamento

Seção de Convênios

Sector de Administração de Recursos Humanos

Seção de Legislação

Seção de Humanização

Sector de Patrimônio

Divisão de Nutrição e Dietética

Seção de Abastecimento

Seção de Produção

Seção de Dietética

Divisão de Farmácia

Seção de Armazenamento e Controle de Estoque

Seção de Responsabilidade Técnica

Divisão de Material

Seção de Controle e Reposição

Divisão de Arquivo Médico e Estatística

Seção de Registro Geral

Seção de Arquivo Médico e Estatística

Divisão de Serviços Gerais

Sector de Higienização e Limpeza

Seção de Manutenção e Reparos

Seção de Transporte

Seção de Portaria

Seção de Comunicação

Divisão de Processamento de Roupas

Seção de Rouparia e Costura

GERÊNCIA DE ATENDIMENTO

Seção de U.I. Clínica (2)

Seção U.I. Cirúrgica

Seção de Emergência

Seção de U.T.I. (3)

Seção de Hemodiálise

Seção de Ambulatório

Seção de Diagnóstico e Imagem

Sector de Controle

Sector de Radiologia

Seção de Tomografia

Seção de U.T.S.I. (4)

Sector de Serviço Social

Seção de Fisioterapia

Seção de Psicoterapia

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Divisão de Emergência

Divisão de U.T.I.

Divisão de Centro Cirúrgico

Sector de Aptos. clínica médica e cirúrgica masc. e fem. - 7º andar (5,6,7)

Sector de U.T.S.I.

Sector de Neurocirurgia

Sector de clínica médica masculino e feminino - 5º andar

Sector de Aptos. clínica médica e cirúrgica masc. e fem. - 4º andar

Sector de clínica cirúrgica masculino e feminino - 2º andar

Sector de Ortopedia

Sector de Diálise

Sector de Material e Esterilização

Sector de Ambulatório

Sector de Neurologia

Seção de Supervisão Turno 1

Seção de Supervisão Turno 2

Seção de Supervisão Turno 3

Seção de Supervisão Turno 4

Seção de Supervisão Turno 5

Seção de Supervisão Turno 6

LEGENDAS:

1 C.I.H. = Controle de Infecções Hospitalares

2 U.I. = Unidade de Internação

3 U.T.I. = Unidade de Terapia Intensiva

4 U.T.S.I. = Unidade de Terapia Semi Intensiva

5 Aptos. = Apartamentos

6 masc. = masculino

7 fem. = feminino

ANEXO 2
DECLARAÇÃO DA VISITA AO HOSPITAL
FLORIANÓPOLIS

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL FLORIANÓPOLIS
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Florianópolis, 13 de Maio de 2003

DECLARAÇÃO

**Declaro para os devidos fins, que as acadêmicas ANALISE
CELSO E MILENA PEREIRA, estiverão em visita à este nosocômio nesta
data das 14 horas às 16 horas na intenção da busca de conhecimento e
aprimoramento profissional.**

Subcrevo.



**Vanderlea R. J. Ramos
ENFERMEIRA
COREN/SC 77805**

ANEXO 3

DECLARAÇÃO DE VISITA AO HOSPITAL

REGIONAL DE SÃO JOSÉ



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ DR. HOMERO DE MIRANDA GOMES

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que as acadêmicas Analise Celso e Milena Pereira visitaram o Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, especialmente as unidades que atendem pacientes com problemas ortopédicos, no dia 14/05/03 no horário matutino.

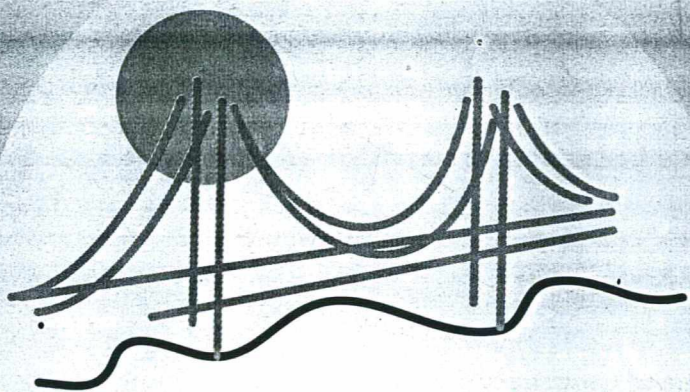
São José, 14 de maio de 2003.


Sônia Regina Wagner de Almeida
Gerente de Enfermagem

ANEXO 4

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO DO XIII
CONGRESSO SULBRASILEIRO DE
ORTOPEDIA & TRAUMATOLOGIA**

XIII CONGRESSO SULBRASILEIRO de ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA SULBRA2003



CERTIFICAMOS QUE
ANALISE CELSO

**PARTICIPOU DO XIII CONGRESSO SULBRASILEIRO DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, REALIZADO DE 5 A 7 DE
JUNHO DE 2003, EM FLORIANÓPOLIS - SC**

José Sergio Franco
Presidente da SBOT

José Francisco Bernardes
Presidente da SCOT e
do Congresso

REALIZAÇÃO

SCOT - Sociedade
Catarinense de
Ortopedia e
Traumatologia

BOTOX
Toxina Botulínica Tipo A





ATESTADO

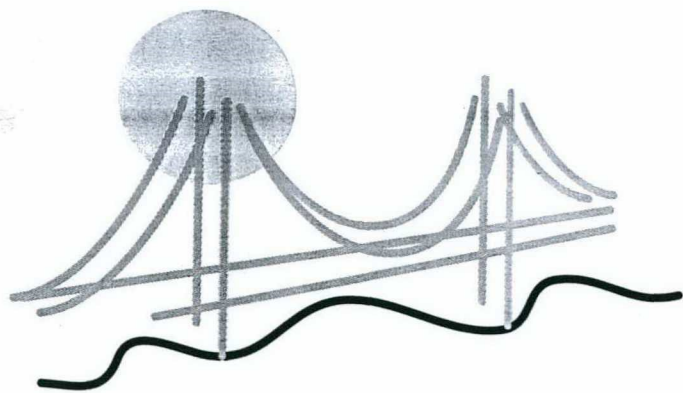
Atestamos para os devidos fins que **ANALISE CELSO** participou do
**XIII CONGRESSO SULBRASILEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA –
SULBRA 2003**, realizado no período de 5 a 7 de junho de 2003, em Florianópolis/ SC,
com **CARGA HORÁRIA** de 23 horas.

Florianópolis, 07 de junho de 2003.



SULBRA 2003

XIII CONGRESSO SULBRASILEIRO de ORTOPIEDIA e TRAUMATOLOGIA SULBRA2003



**CERTIFICAMOS QUE
MILENA PEREIRA**

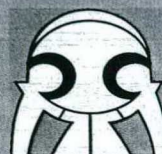
**PARTICIPOU DO XIII CONGRESSO SULBRASILEIRO DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, REALIZADO DE 5 A 7 DE
JUNHO DE 2003, EM FLORIANÓPOLIS - SC**

José Sergio Franco
Presidente da SBOT

José Francisco Bernardes
Presidente da SCOT e
do Congresso

REALIZAÇÃO

BOTOX®
Toxina Botulínica Tipo A
Complexo de Neurotoxina Purificada



SCOT - Sociedade
Catarinense de
Ortopedia e
Traumatologia



Sociedade Catarinense de
Ortopedia e Traumatologia

ATESTADO

Atestamos para os devidos fins que **MILENA PEREIRA** participou do
**XIII CONGRESSO SULBRASILEIRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA –
SULBRA 2003**, realizado no período de 5 a 7 de junho de 2003, em Florianópolis/ SC,
com **CARGA HORÁRIA** de **23 horas**.

Florianópolis, 07 de junho de 2003.



SULBRA 2003

ANEXO 5

FOTOS DO CLIENTE “MESTRE”

Foto 1 – Ressonância magnética do quadril antes da cirurgia reparadora



Foto 2 – Vista do lado esquerdo do quadril com fixador externo

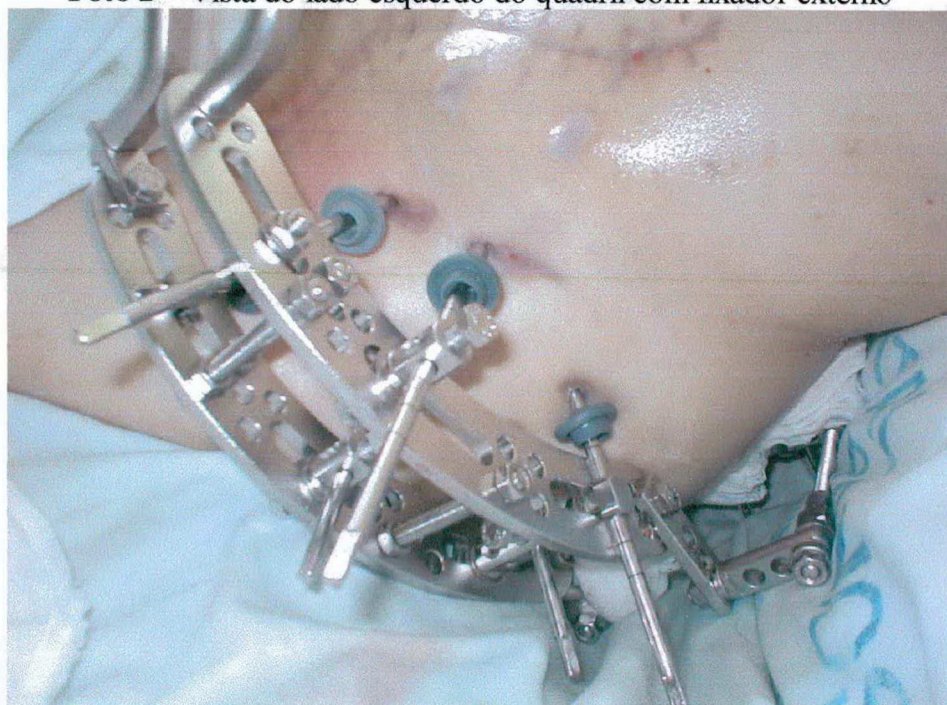


Foto 3 – Vista do lado direito do quadril com fixador externo



Foto 4 – Vista posterior do quadril com fixador externo, enfocando a úlcera de pressão sacral



ANEXO 6

FOTOS DO CLIETE “ZANGADO”

Foto 1 – Raio-X de coluna torácica – Visualização do quadro de Hartstrill

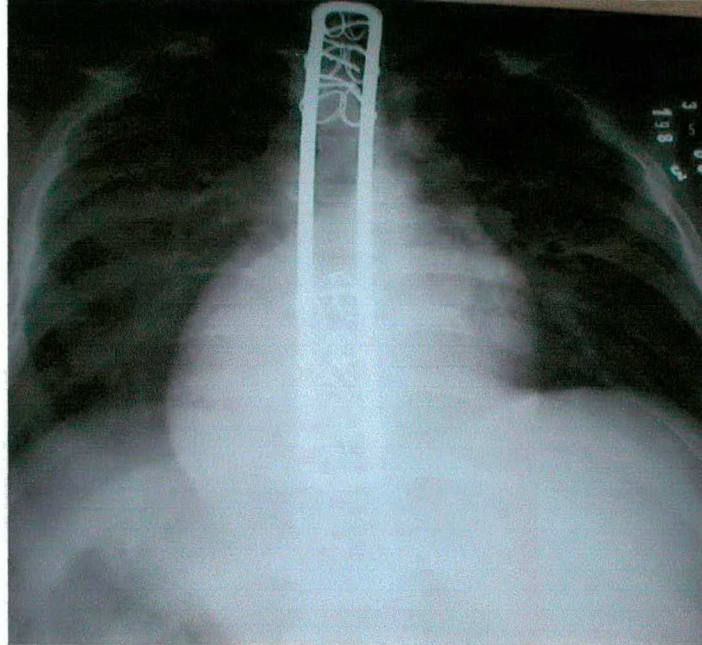


Foto 2 – Ressonância Magnética antes da cirurgia reparadora



Foto 3 – Vista posterior, enfocando a úlcera de pressão sacral



ANEXO 7

MENSAGEM DA ATIVIDADE EDUCATIVA AOS ACOMPANHANTES E/OU FAMILIARES DOS CLIENTES INTERNADOS

"Viva Melhor"

"Faça como os passarinhos: comece o dia cantando.

A música é alimento para o espírito.

Cante qualquer coisa, cante desafinado, mas cante.

Cantar dilata os pulmões e abre a alma para tudo de bom que a vida tem a oferecer.

Se insistir em não cantar, ao menos ouça muita música e deixe-se absorver por ela.

Ria da vida, ria dos problemas, ria de você mesmo(a).

A gente começa a ser feliz quando é capaz de rir da gente mesmo.

Ria das coisas boas que lhe acontecem, ria das besteiras que você já fez.

Ria abertamente para que todos possam se contagiar com a sua alegria.

Não se deixe abater pelos problemas.

Se você procurar se convencer de que está bem, vai acabar acreditando que realmente está
e quando menos perceber vai se sentir realmente bem.

O bom humor, assim como o mau humor, é contagiante.

Qual deles você escolhe?

Se você estiver bem-humorado(a), as pessoas ao seu redor também ficarão e isso lhe dará
mais força.

Leia coisas positivas.

Leia bons livros, leia poesia, porque a poesia é a arte de aceitar a alma.

Leia romances, leia a Bíblia, histórias de amor ou qualquer coisa que faça reavivar seus
sentimentos mais íntimos, mais puros.

Pratique algum esporte. O peso da cabeça é muito grande e tem de ser contrabalançado
com alguma coisa!

Você certamente vai se sentir bem disposto(a), mais animado(a), mais jovem.

Encare suas obrigações com satisfação.

É maravilhoso quando se gosta do que faz, ponha amor em tudo que está ao seu alcance.

Desde que você se proponha a fazer alguma coisa, mergulhe de cabeça!

Não viva emoções mornas, próprias de pessoas mornas.

Você pode até sair arranhado, mas verá que valeu muito mais a pena.

Não deixe escapar as oportunidades que a vida lhe oferece, elas não voltam!

Não é você quem está passando, são as oportunidades que você deixar de usufruir.

Nenhuma barreira é intransponível se você estiver disposto(a) a lutar contra ela; se seus propósitos forem positivos, nada poderá detê-los.

Não deixe que seus problemas se acumulem, resolva-os logo.

Fale, converse, explique, discuta, brigue: o que mata é o silêncio, o rancor.

Exteriorize tudo, deixe que as pessoas saibam que você as estima, as ama, precisa delas, principalmente em família.

AMAR NÃO É VERGONHA, pelo contrário, É LINDO!

Volte-se para as coisas puras, dedique-se à natureza.

Cultive o seu interior e ele extravasará beleza por todos os poros.

Não tente, faça. Você pode!

Autor Desconhecido

**MENSAGEM DE OTIMISMO ANEXADA AO CHOCOLATE OFERECIDA NA
ATIVIDADE EDUCATIVA AOS ACOMPANHANTES E/OU FAMILIARES DOS
CLIENTES INTERNADOS**

“A mais alta das torres começa do solo”. (Provérbio Chinês)

“O que se faz um dia é semente de felicidade para o dia seguinte”. (Provérbio Italiano)

“A generosidade consiste em dar antes de ser solicitado”. (Provérbio Árabe)

“Se alguém está tão cansado que não possa te dar um sorriso, deixa-lhe o teu”. (Provérbio Chinês)

“Volta teu rosto sempre na direção do sole, as sombras ficarão para trás”. (Provérbio Oriental)

“Falar sem pensar é o mesmo que atirar sem mirar”. (Provérbio Espanhol)

“Jamais se desespere no meio das mais sombrias aflições de sua vida, pois das nuvens mais negras cai água límpida e fecunda”. (Provérbio Chinês)

“Lamentar aquilo que não temos é desperdiçar aquilo que já possuímos”. (Provérbio Chinês)

“Começar já é metade de toda a ação”. (Provérbio Grego)

“Antes de começar o trabalho de mudar o mundo, dê três voltas dentro de sua casa”.
(Provérbio Chinês)

“A amizade é como os títulos honoríficos: quanto mais velha, mais preciosa”.

“Ao melhores amigos não são aqueles que oferecem flores, mas aqueles que ajudam a tirar os espinhos”.

“A honra não consiste em cair nunca, mas em levantar cada vez que se cai”.

“O pessimista senta-se e lastima-se, o otimista levanta-se e age”.

“Pouco importa as quedas, o essencial é levantar, continuar a caminhada conscientes das suas possibilidades e seus limites”.

“O caminho que desce e que sobe é o mesmo”.

“Cada fracasso ensina ao homem algo que necessita aprender”.

“No caráter, na conduta, no estilo, em todas as coisas, a simplicidade é a suprema virtude”.

“A vida só pode ser compreendida se olharmos para trás; mas só pode ser vivida olhando-se para a frente”. (Søren Kierkegaard)

ANEXO 8

MENSAGEM DA ATIVIDADE EDUCATIVA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

“Precisa-se de um amigo”

Precisa-se de um amigo.

Não precisa ser homem, basta se humano, basta ter sentimento, basta ter coração.

Precisa saber falar e saber calar, sobretudo saber ouvir.

Tem que gostar de poesia, da madrugada, pássaros, do sol, da lua, do canto dos ventos e das canções das brisas.

Deve ter amor, um grande amor por alguém, ou então, sentir a falta de não ter este amor.

Deve amar ao próximo sem se sacrificar.

Não é preciso que seja de primeira mão nem é imprescindível que seja de segunda mão.

Pode ter sido enganado (todos os amigos são enganados).

Não é preciso que seja puro, nem que seja todo impuro, mas, não deve ser vulgar.

Deve ter um ideal e medo de perdê-lo, e, em caso de assim não ser, deve sentir o grande vácuo que isso deixa.

Tem que ter ressonâncias Humanas.

Seu principal objetivo deve ser o de amigo.

Deve sentir pena das pessoas tristes e compreender o imenso vazio dos solitários.

Deve ser o Dom Quixote, sem contudo desprezar o Sancho Pança.

Deve gostar de crianças.

Procura-se um amigo que saiba conversar de coisas simples, de orvalho, grandes chuvas e de recordações da infância.

Precisa-se de um amigo para não enlouquecer, para contar o que viu de belo e triste durante o dia; dos anseios; das realizações; dos sonhos e das realidades.

Deve gostar de ruas desertas, de poças d'água, dos caminhos de beira de estrada, do mato
depois da chuva, de se deitar no capim.

Precisa-se de um amigo para se parar de chorar, para não viver debruçado no passado em
busca de memórias queridas.

Que nos bata no ombro sorrindo ou chorando, mas que nos chame de amigo.

Precisa-se de um amigo para se ter a consciência de que se vive.

Autor Desconhecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

DISCIPLINA: INT 5134 – ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente estudo alcançou os objetivos da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, no qual as alunas Analise Celso e Milena Pereira, aplicaram seus conhecimentos na assistência aos clientes com problemas ortopédicos, bem como planejaram e implementaram ações educativas com clientes, familiares e equipe de enfermagem. Utilizaram, de forma apropriada, como fundamentação, a teoria de Dorothea Orem.

Para tanto, “mergulharam” num mundo até então desconhecido, tanto no que concerne à área de conhecimento – clientes ortopédicos, quanto ao campo de estágio – o serviço de ortopedia do Hospital Governador Celso Ramos, rompendo barreiras e desafios, buscando com competência trilhar este novo caminho, que rompia inclusive com as “paredes” da universidade, já que foram em busca de um campo de estágio até então não vivenciado.

Buscar entender o processo de viver e adoecer dos clientes ortopédicos exigiu aliar razão com emoção, pois em muitos momentos estes clientes se defrontam com situações adversas, para as quais não estavam preparados, tendo em muitos casos que aprender inclusive a viver com seqüelas. Os casos relatados neste trabalho nos ensinam e fazem refletir sobre estas adversidades. Além disto, os ensinamentos de Dorothea Orem, se por um lado foram desafiadores em função do pouco conhecimento que tinham acerca desta teorista, por outro, mostraram-se plenamente exequíveis e aplicáveis a este tipo de clientela. Os medos em relação ao processo de enfermagem foram pouco a pouco transformando-se em certeza de que teriam êxito e que estavam corretas na escolha da teoria.

Este estudo, portanto, é recomendável para aqueles que buscam conhecer um pouco mais acerca de clientes com problemas ortopédicos e as ações que a enfermagem pode desenvolver e ensinar visando a qualidade de vida e o ser saudável desta clientela, bem como a aplicação da teoria de Dorothea Orem.

Profª Dra. Francine Lima Gelbcke

Profª Dda Kenya Schmidt Reibnitz